



BUPATI DONGGALA
PROVINSI SULAWESI TENGAH

PERATURAN BUPATI DONGGALA
NOMOR 39 TAHUN 2023

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABELOTA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI DONGGALA,

- Menimbang : a. bahwa untuk mengatur hubungan, hak dan kewajiban, wewenang dan tanggungjawab dari pemilik dan atau yang mewakili, pengelola rumah sakit, staf medis, karyawan dan karyawan;
- b. bahwa rumah sakit dan tenaga kesehatan merupakan bagian terpenting dalam rangka untuk mewujudkan masyarakat Kabupaten Donggala yang sehat dan sejahtera;
- c. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 189 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, perlu mengatur Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Kabelota dalam Peraturan Bupati;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Kabelota;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 1959 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Tingkat II di Sulawesi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 74, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1822);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang

Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);

MEMUTUSKAN

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABELOTA.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati, ini yang dimaksud dengan :

1. Peraturan Internal Rumah Sakit peraturan organisasi Rumah Sakit dan peraturan staf medis Rumah Sakit yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola perusahaan yang baik dan tata kelola klinis yang baik.
2. Peraturan Internal Korporasi adalah aturan yang mengatur hubungan Pemilik, Pengelola, dan Staf Medis di Rumah Sakit dapat efektif, efisien, dan berkualitas.
3. Peraturan Internal Staf Medis adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme Staf Medis di Rumah Sakit.
4. Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Komite Etik dan Hukum adalah unsur organisasi nonstruktural yang membantu kepala atau direktur rumah sakit untuk penerapan etika rumah sakit dan hukum perumahsakititan
5. Tata Kelola Etika dan Hukum adalah serangkaian proses yang terkait dengan tindakan yang bersifat mengatur, membina, mengendalikan, dan mengawasi perilaku pemberi pelayanan dan pengelola Rumah Sakit

agar sesuai dengan nilai etika dan hukum Rumah Sakit.

6. Pengelola adalah Direktur, Kepala Bagian Tata Usaha, Kepala Bidang Pelayanan Medis, Kepala Bidang Penunjang Medis dan Non Medis, Kepala Sub Bagian Kepegawaian dan Umum, Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Program, Kepala Sub Bagian Keuangan dan Asset, Kepala Seksi Pelayanan Medik, Kepala Seksi Keperawatan, Kepala Seksi Penunjang Medik dan kepala Seksi Penunjang Non Medik.
7. Pejabat Pengelola adalah pemimpin Rumah Sakit yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional Rumah Sakit sebagai BLUD.
8. Pemimpin adalah Direktur, yang bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah terhadap operasional dan keuangan Rumah Sakit secara umum dan keseluruhan.
9. Pejabat Keuangan adalah Kepala Sub Bagian Keuangan yang bertanggung jawab kepada Direktur menyangkut pengelolaan perbendaharaan dan akuntansi keuangan Rumah Sakit.
10. Pejabat Teknis Lainnya adalah Kepala Bagian Tata Usaha, Kepala Bidang Pelayanan, dan Kepala Bidang Penunjang, Serta seluruh Sub Bidang dan Seksi dibawahnya yang bertanggungjawab kepada Direktur atas kegiatan pelayanan medik, keperawatan, penunjang medik, penunjang non medik, kepegawaian, umum dan perlengkapan, dan penyusunan program dan perencanaan Rumah Sakit.
11. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis di Rumah Sakit.
12. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kabelota Donggala yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas;

13. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagaimana diatur dalam peraturan perundangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
14. Dewan Pengawas adalah wadah non struktural yang bersifat independen dan bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.
15. Satuan Pengawas Internal adalah satuan kerja fungsional yang melaksanakan tugas menganalisa sistem organisasi dan melakukan audit kinerja internal Rumah Sakit baik audit keuangan, audit pelayanan dan audit manfaat bagi Masyarakat.
16. Komite Medik adalah wadah non struktural yang melaksanakan tata kelola klinis guna menjaga profesionalisme melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
17. Komite Keperawatan adalah wadah organisasi non struktural yang berfungsi mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi keperawatan.
18. Komite Etik dan Hukum adalah wadah non struktural yang berfungsi memberikan pertimbangan dan saran serta penyelesaian masalah yang terkait dengan aspek etika dan aspek hukum Rumah Sakit
19. Staf Medik Fungsional adalah kelompok profesi medik yang terdiri dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang melakukan tugas profesi sesuai kewenangannya di instalasi dalam jabatan

fungsional.

20. Staf Keperawatan Fungsional adalah kelompok profesi keperawatan yang melaksanakan tugas profesinya dalam memberikan asuhan keperawatan di instalasi dalam jabatan fungsional.
21. Kelompok Staf Medis adalah sekumpulan staf medis dengan spesialisasi dan/atau keahlian yang sejenis, atau hampir sejenis.
22. Kewenangan Klinis adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan Rumah Sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (clinical appointment).
23. Penugasan Klinis adalah penugasan direktur Rumah Sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan.
24. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis.
25. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang memiliki kewenangan klinis untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
26. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
27. Mitra Bestari adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
28. Rapat Rutin Dewan Pengawas adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
29. Rapat Tahunan Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun.
30. Rapat Khusus Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas diluar jadwal

rapat rutin untuk mengambil putusan hal-hal yang dianggap khusus.

31. Pemilik adalah pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Kabelota yaitu Pemerintah Kabupaten Donggala.
32. Daerah adalah Kabupaten Donggala.
33. Pemerintah Kabupaten adalah Pemerintah Kabupaten Donggala.
34. Bupati adalah Bupati Donggala.
35. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kabelota Donggala.
36. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabelota Donggala.
37. Direksi adalah Pejabat Pengelola Rumah Sakit Umum Daerah Kabelota yang terdiri Direktur, Kepala Tata Usaha, Kepala Bidang, Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi.

Pasal 2

- (1) Tujuan umum ditetapkannya Peraturan ini adalah sebagai tatanan peraturan dasar yang mengatur hubungan antara Pemilik, Pengelola, Komite, Satuan Pengawas Internal dan Staf Medis sehingga penyelenggaraan Rumah Sakit dapat efektif, efisien dan berkualitas.
- (2) Tujuan khusus ditetapkannya Peraturan ini bagi Rumah Sakit adalah :
 - a. sebagai pedoman dalam hubungannya dengan Pemilik, Pengelola dan Staf Medis;
 - b. sebagai Pedoman dalam pembuatan kebijakan teknis manajerial atau operasional layanan; dan
 - c. sebagai pedoman dalam pengaturan hubungan antara Pengelola dengan Staf Medis.

Pasal 3

Manfaat ditetapkannya Peraturan ini adalah :

- a. Sebagai acuan bagi Pemilik dalam melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit;
- b. sebagai acuan bagi Pengelola dalam pengelolaan Rumah Sakit dan menyusun kebijakan yang bersifat teknis

- manajerial atau operasional;
- c. Sebagai sarana untuk menjamin efektivitas, efisiensi dan mutu Rumah Sakit;
 - d. Sebagai sarana perlindungan hukum bagi semua pihak yang berkaitan dengan Rumah Sakit; dan
 - e. Sebagai acuan dalam penyelesaian konflik di Rumah Sakit antara Pemilik, Pengelola dan Staf Medis.

BAB II

PERATURAN INTERNAL KORPORASI

Bagian Kesatu

Identitas dan Kedudukan Rumah Sakit

Pasal 4

- (1) Nama Rumah Sakit yakni : “Rumah Sakit Umum Daerah Kabelota Donggala”.
- (2) Rumah Sakit berkedudukan di Jalan Trans Palu-Donggala, Kelurahan Kabonga, Kecamatan Banawa, Kabupaten Donggala, Provinsi Sulawesi Tengah, Kode Pos 94351.
- (3) Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan Rumah Sakit Umum Kelas C yang memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.
- (4) Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan Perangkat Daerah yang menerapkan PPK-BLUD.

Bagian Kedua

Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 5

Rumah Sakit mempunyai tugas :

- a. melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan rujukan; dan

- b. melaksanakan pelayanan Rumah Sakit yang bermutu sesuai standar pelayanan Rumah Sakit.

Pasal 6

Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5, Rumah Sakit mempunyai fungsi sebagai :

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan Kesehatan; dan
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Bagian Ketiga

Visi, Misi, Nilai, Motto dan Logo Rumah Sakit

Paragraf Kesatu

Visi dan Misi

Pasal 7

Visi Rumah Sakit, yaitu: “SEBAGAI PUSAT PELAYANAN KESEHATAN TERBAIK DAN INOVATIF DI KABUPATEN DONGGALA”

Pasal 8

Misi Rumah Sakit, yaitu :

- a. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berkualitas dan nyaman pada masyarakat;
- b. Memberikan Pelayanan dengan dukungan Sarana dan Prasarana yang lengkap;
- c. Meningkatkan kemampuan dan Keterampilan SDM dalam memberikan pelayanan kesehatan profesional kepada

masyarakat;

- d. Menjalin kerjasama dengan Institusi Penyelenggara Pendidikan Kedokteran dan Kesehatan Lainnya;
- e. Mengembangkan Pelayanan Unggulan; dan
- f. Mengembangkan era digitalisasi dalam proses pelayanan.

Pasal 9

Berdasarkan visi dan misi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 dan Pasal 8, dirumuskan tujuan dan sasaran, yaitu :

- a. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan secara berkesinambungan, dengan sasaran:
 - 1. Tercapainya target Bed Occupancy Rate (BOR);
 - 2. Pelayanan Pasien Secara Paripurna;
 - 3. Terpenuhinya ketersediaan sarana dan prasarana yang terstandarisasi;
 - 4. Terpenuhinya obat-obatan dan Bahan Medis Habis Pakai sesuai formularium rumah sakit;
 - 5. Meningkatnya kepuasan pasien;
 - 6. Meningkatnya kerjasama dengan stakeholder terkait; dan
 - 7. Tercapainya Standar Pelayanan Minimal.
- b. Mewujudkan sumber manusia kesehatan dengan kompetensi sesuai standar, dengan sasaran :
 - 1. Terpenuhinya Sumber Daya Manusia Sesuai Kebutuhan dan standarisasi rumah sakit; dan
 - 2. Peningkatan Kompetensi, Keahlian dan Keterampilan Sumber Daya Manusia secara berkelanjutan.

Paragraf Kedua

Motto, Nilai-Nilai dan Logo

Pasal 10

Motto Rumah Sakit adalah : “Melayani Dengan Sepenuh Hati”

Pasal 11

Nilai-Nilai yang dibangun dalam Pelayanan di Rumah Sakit adalah:

- a. Amanah, yaitu mampu menjalankan tanggung jawab yang diberikan dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan dilandasi ketakwaan pada Tuhan Yang Maha Esa;
- b. Ikhlas, yaitu mampu Memberikan Pelayanan Tanpa Pamrih;
- c. Berkeadilan, yaitu mampu memberikan pelayanan kepada semua golongan tanpa membedakan Suku, Agama dan Ras;
- d. Ramah, yaitu dalam memberikan pelayanan kesehatan senantiasa mengedepankan sikap empati, ikhlas, sopan dan santun;
- e. Profesional, yaitu mampu memberikan pelayanan sesuai standar profesi, standar operasional prosedur dan tanpa menyalahi norma-norma yang berlaku;
- f. Inovatif, yaitu seluruh Karyawan Rumah Sakit diminta untuk selalu berinovasi untuk mendukung pelayanan kesehatan di RSUD Kabelota;
- g. Kemitraan, yaitu senantiasa Rumah sakit harus membangun kemitraan baik di dalam rumah sakit, antar rumah sakit, kelompok masyarakat dan kelompok profesi demi terciptanya pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan standar pelayanan RSUD Kabelota; dan
- h. Kenyamanan, yaitu memberikan rasa aman dan nyaman bagi seluruh pasien.

Pasal 12

Logo Rumah Sakit beserta penjelasannya tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB III

PEMILIK

Pasal 13

- (1) Pemilik Rumah Sakit adalah Pemerintah Kabupaten Donggala.
- (2) Kewenangan pemilik terhadap Rumah Sakit adalah sebagai berikut :
 - a. Menetapkan peraturan tentang Pola Tata Kelola,

Hospital by Laws, Standar Pelayanan Minimal, Pengelolaan Keuangan, Tarif Pelayanan, Jasa Pelayanan, Pengelolaan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit;

- b. Mengangkat dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku;
- c. Memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
- d. Meminta kepada pengelola Rumah Sakit untuk selalu meningkatkan mutu pelayanan dan keamanan pasien;
- e. Mengesahkan Rencana Strategis Bisnis dan Rencana Bisnis dan Anggaran yang disetujui oleh Dewan Pengawas; dan
- f. Memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan yang berlaku dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi.

Pasal 14

Tanggung jawab Pemilik sebagai berikut :

- a. memenuhi kebutuhan pembiayaan rumah sakit, termasuk gaji karyawan serta tunjangan staf medis;
- b. menutup defisit anggaran Rumah Sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan dan setelah diaudit secara independen; dan
- c. bertanggung jawab atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan/atau kesalahan dalam pengelolaan Rumah Sakit.

BAB IV

DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu

Pembentukan

Pasal 15

- (1) Dalam rangka pembinaan dan pengawasan pada RSUD, Pemerintah Daerah dapat membentuk Dewan Pengawas.

- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan unit kerja non struktural yang bersifat independen, bertanggung jawab kepada Pemilik.
- (3) Dewan Pengawas di bentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Bupati atas usulan Direktur.
- (4) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

Bagian Kedua

Fungsi, Tugas dan Wewenang Dewan Pengawas

Pasal 16

- (1) Dewan Pengawas berfungsi sebagai Pengatur Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan non teknis perumahsakititan secara internal di Rumah Sakit.
- (2) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.

Pasal 17

- (1) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud Pasal 16, Dewan Pengawas bertugas :
 - a. menentukan arah kebijakan Rumah Sakit;
 - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
 - c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
 - d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - e. mengawasi mutu pelayanan dan keamanan pasien;
 - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
 - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi dan peraturan perundang-undangan;
 - h. mengawasi kepatuhan dalam pengelolaan keuangan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- (3) Dewan pengawas yang dibentuk pada Rumah Sakit yang menerapkan PPK BLU/BLUD, selain melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) juga melaksanakan pengawasan pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum

atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan,

(4) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Pemilik Rumah sakit paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-waktu atas permintaan Pemilik Rumah Sakit.

Pasal 18

Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas berwenang :

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur;
- b. menerima laporan hasil Pengawasan yang dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur;
- d. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas;
- e. berkoordinasi dengan Direktur dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (hospital by laws) atau Dokumen Pola Tata Kelola (corporate governance), untuk ditetapkan oleh Pemilik; dan
- f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

Bagian Ketiga

Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 19

- (1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Direktur dapat mengangkat Pengawas, Direktur dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas dengan persetujuan Dewan Pengawas.

- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas dalam pengelolaan ketatausahaan Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
- (4) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

Bagian Keempat

Rapat Dewan Pengawas

Pasal 20

- (1) Dewan Pengawas melaksanakan rapat rutin minimal 3 (tiga) bulan sekali, yang waktu dan tempatnya ditetapkan oleh Ketua Dewan Pengawas.
- (2) Ketua Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 3 (tiga) hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (3) Setiap undangan rapat yang disampaikan sebagaimana dimaksud ayat (2), harus melampirkan :
 - a. Satu salinan agenda rapat;
 - b. Satu salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
 - c. Satu salinan risalah rapat khusus yang lalu.

Pasal 21

- (1) Ketua Dewan Pengawas mengundang rapat khusus Dewan Pengawas dalam hal :
 - a. kepentingan Dewan Pengawas; atau
 - b. permintaan Direktur.
- (2) Ketua Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat diselenggarakan.
- (3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (4) Rapat khusus yang diminta oleh Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b harus diselenggarakan

paling lambat tujuh hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Pasal 22

- (1) Rapat tahunan diselenggarakan sekali dalam 1 (satu) tahun kalender.
- (2) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan Rumah Sakit termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.
- (3) Ketua Dewan Pengawas menyampaikan undangan tertulis kepada para anggota Dewan Pengawas dan undangan lain paling sedikit 14 (empat belas) hari sebelum rapat diselenggarakan.

Pasal 23

Rapat Dewan Pengawas dinyatakan sah hanya bila undangan telah disampaikan secara pantas, kecuali seluruh anggota Dewan Pengawas yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

Pasal 24

Setiap rapat rutin Dewan Pengawas selain dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas dan Direktur, juga dihadiri oleh Kepala Bagian dan Kepala Bidang serta pihak lain yang ditentukan oleh Dewan Pengawas.

Pasal 25

Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir dalam suatu rapat, maka dalam hal kuorum telah tercapai, anggota Dewan Pengawas memilih pejabat Ketua untuk memimpin rapat.

Pasal 26

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum dianggap tercapai bila jumlah yang hadir paling sedikit setengah dari jumlah anggota Dewan Pengawas.

Pasal 27

- (1) Setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Risalah rapat Dewan Pengawas harus disahkan oleh Ketua Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas.

Bagian Kelima Pengambilan Keputusan

Pasal 28

Pengambilan keputusan dilakukan :

- a. Pengambilan putusan rapat diupayakan melalui musyawarah dan mufakat.
- b. Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka putusan diambil melalui pemungutan suara dengan tata cara sebagai berikut :
 1. Setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan, atau bila dikehendaki oleh para anggota Dewan Pengawas, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup;
 2. Putusan rapat didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara;
 3. Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama, maka Ketua Dewan Pengawas berwenang memutuskan; dan
 4. Suara yang diperhitungkan hanyalah berasal dari anggota Dewan Pengawas yang hadir pada rapat tersebut.

Pasal 29

- (1) Dewan Pengawas dapat mengubah atau membatalkan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya dengan syarat bahwa usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana yang

ditentukan dalam Peraturan ini.

- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi.

Bagian Keenam

Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 30

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas terdiri dari unsur Pemilik Rumah Sakit, organisasi profesi, asosiasi perumahsakitannya, dan tokoh masyarakat.
- (2) Unsur Pemilik Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditunjuk oleh Pemilik Rumah Sakit.
- (3) Unsur organisasi profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Pemilik Rumah Sakit setelah berkoordinasi dengan organisasi profesi tenaga Kesehatan.
- (4) Unsur asosiasi perumahsakitannya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Pemilik Rumah Sakit setelah berkoordinasi dengan asosiasi perumahsakitannya.
- (5) Unsur tokoh masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan tenaga ahli di bidang perumahsakitannya.
- (6) Keanggotaan Dewan Pengawas berjumlah maksimal 5 (lima) orang terdiri dari 1 (satu) orang Ketua merangkap anggota dan 4 (empat) orang anggota.
- (7) Dalam melaksanakan tugasnya Dewan Pengawas dapat membentuk komite audit atau Tim Ad-hoc.

Pasal 31

Untuk dapat diangkat menjadi anggota Dewan Pengawas, setiap calon anggota Dewan Pengawas harus memenuhi persyaratan :

- a. memiliki integritas, dedikasi, dan memahami masalah yang berkaitan dengan perumahsakitannya, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
- b. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- c. tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi

- anggota direksi atau komisaris atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit;
- d. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana;
 - e. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan Rumah Sakit; dan
 - f. persyaratan lain yang ditetapkan oleh Pemilik.

Pasal 32

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas berakhir setelah masa jabatan anggota Dewan Pengawas berakhir.
- (2) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya oleh Pemilik.
- (3) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan apabila anggota Dewan Pengawas terbukti :
 - a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit; dan/atau
 - e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.
- (4) Dalam hal anggota Dewan Pengawas menjadi tersangka tindak pidana kejahatan, yang bersangkutan diberhentikan sementara dari jabatannya oleh Pemilik.

Pasal 33

- (1) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 ayat (2), dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 dan Pasal 31.
- (2) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti

sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

Bagian Ketujuh

Pembiayaan Dewan Pengawas

Pasal 34

- (1) Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada anggaran Rumah Sakit dan dimuat dalam Rencana Bisnis dan Anggaran.
- (2) Anggota Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dapat diberikan honorarium atau imbalan sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (3) Besaran honorarium Anggota dan Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

BAB V

PEJABAT PENGELOLA

Pasal 35

Pejabat Pengelola terdiri atas :

- a. Pemimpin;
- b. Pejabat Keuangan; dan
- c. Pejabat Teknis Lainnya.

Pasal 36

- (1) Komposisi Pejabat Pengelola dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (2) Perubahan komposisi Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Bupati.

Pasal 37

- (1) Pejabat Pengelola diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (2) Pengangkatan dan penempatan Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud ayat (1) ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktek bisnis yang sehat.
- (3) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan kemampuan dan keahlian yang dimiliki oleh

Pejabat Pengelola, berupa pengetahuan, keterampilan, dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya.

- (4) Kebutuhan praktek bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi dengan kemampuan keuangan Rumah Sakit.

Pasal 38

- (1) Masa jabatan Pejabat Pengelola adalah 5 (lima) tahun atau sesuai dengan kebutuhan dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan yang ditentukan.
- (2) Pejabat Pengelola dapat diberhentikan sebelum masa jabatannya berakhir karena :
 - a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit; dan/atau
 - e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.

Pasal 39

Persyaratan untuk dapat diangkat menjadi Pejabat Pengelola sebagai berikut :

- a. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitian;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengelola dan mengembangkan Rumah Sakit;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
- d. berstatus Pegawai Negeri Sipil yang bersedia bekerja dengan sungguh-sungguh untuk mengembangkan Rumah Sakit;

- e. saat diusulkan berpangkat minimal sesuai eselonering jabatan yang diusulkan;
- f. bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pencapaian visi dan misi Rumah Sakit; dan
- g. bersedia menandatangani pakta integritas.

Pasal 40

Tugas pokok dan fungsi Pejabat Pengelola ditetapkan oleh Bupati dan dirinci dalam suatu uraian tugas pokok dan fungsi secara tertulis dalam Organisasi dan Tata Laksana Rumah Sakit.

BAB VI

DIREKTUR

Bagian Kesatu

Kewajiban dan Tanggungjawab Direktur

Pasal 41

Direktur mempunyai kewajiban sebagai berikut :

- a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan Rumah Sakit sesuai visi, misi dan tujuan organisasi dengan senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna;
- b. menetapkan rencana strategis bisnis dan rencana bisnis anggaran Rumah Sakit;
- c. mengusulkan calon pejabat pengelola keuangan dan pejabat teknis sesuai ketentuan;
- d. menetapkan pejabat yang ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan serta pejabat lain sesuai kebutuhan Rumah Sakit;
- e. menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta kinerja keuangan Rumah Sakit;
- f. memelihara, mengelola dan meningkatkan sumber daya Rumah Sakit;
- g. mewakili Rumah Sakit di dalam dan di luar pengadilan;
- h. melaksanakan kebijakan pengembangan usaha sebagaimana yang telah digariskan;

- i. menetapkan kebijakan operasional Rumah Sakit; mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi Rumah Sakit sesuai aturan perundang-undangan;
- j. menetapkan struktur organisasi dan tata kerja Rumah Sakit, lengkap dengan rincian tugasnya setelah mendapat persetujuan dari Bupati;
- k. mengangkat dan memberhentikan pegawai Rumah Sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- l. memutuskan dan menetapkan peraturan-peraturan Rumah Sakit guna melaksanakan ketentuan-ketentuan dalam peraturan internal dasar maupun peraturan perundang-undangan;
- m. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai Rumah Sakit sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku;
- n. menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala;
- o. mendatangkan ahli, konsultan atau lembaga independen apabila diperlukan; dan
- p. meminta pertanggung-jawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat Rumah Sakit.

Pasal 42

Tanggung jawab Direktur sebagai berikut :

- a. ketepatan;
- b. kebijaksanaan berbasis visi dan misi Rumah Sakit;
- c. kelancaran, efektifitas dan efisiensi seluruh kegiatan Rumah Sakit; dan
- d. kebenaran program kerja, pengendalian, pengawasan dan pelaksanaan serta laporan kegiatannya.

Pasal 43

- (1) Direktur dapat mengangkat pejabat dalam jabatan yang bersifat fungsional/non struktural dengan hierarkhi setingkat pimpinan puncak (Ketua Komite, Departemen/Instalasi, Ketua Kelompok Fungsional) dan setingkat staf pelaksana (staf fungsional/Kepala Unit).
- (2) Direktur dapat mengangkat staf khusus dan atau staf ahli

yang bersifat fungsional/non struktural untuk diperbantukan pada semua tingkat manajemen.

- (3) Pengangkatan sebagaimana dimaksud ayat (1) dan ayat (2) didasarkan atas kebutuhan untuk pencapaian tujuan organisasi Rumah Sakit.
- (4) Sebutan, fungsi, tugas, hak dan wewenang sebagaimana dimaksud ayat (1) dan ayat (2) diatur oleh Direktur.
- (5) Bagi Pegawai yang diperbantukan Pemerintah Kabupaten atau Pegawai Baru sebelum penempatan pada unit kerja dilakukan orientasi pegawai baru.

Pasal 44

- (1) Apabila salah satu atau beberapa Pejabat Keuangan atau Pejabat Teknis berhalangan dalam menjalankan tugasnya maka kekosongan jabatan tersebut dijabat Pejabat satu tingkat dibawahnya yang ditunjuk sementara oleh Direktur dan dilaporkan secara tertulis kepada Bupati.
- (2) Apabila Direktur berhalangan tetap dalam menjalankan tugasnya maka harus ditunjuk Pejabat Keuangan atau Pejabat Teknis untuk menjalankan tugas sementara pengelolaan Rumah Sakit melalui surat penugasan Bupati.
- (3) Apabila semua Pejabat Pengelola berhalangan tetap melakukan tugasnya atau kekosongan jabatan karena belum diangkat, maka pengelolaan Rumah Sakit dijalankan oleh Pejabat yang ditunjuk Bupati.
- (4) Apabila salah satu atau beberapa pejabat satu tingkat dibawah Pejabat Keuangan atau Pejabat Teknis berhalangan dalam menjalankan tugasnya maka kekosongan jabatan tersebut dijabat oleh staf Rumah Sakit yang ditunjuk sementara oleh Direktur dan dilaporkan secara tertulis kepada Bupati.

Pasal 45

- (1) Untuk melaksanakan pengelolaan organisasi Rumah Sakit yang baik, efisien, dan efektif perlu diatur tata kerja organisasi sesuai asas organisasi yang sesuai kondisi Rumah Sakit.
- (2) Tata kerja sebagaimana dimaksud ayat (1) terdiri dari tata

kerja rapat, tata kerja monitoring dan evaluasi, tata kerja pendelegasian wewenang, tata kerja pengadaan barang dan jasa, tata kerja administrasi kepegawaian, tata kerja pengelolaan pendapatan dan belanja, tata kerja pengelolaan aset, tata kerja pelayanan medik, tata kerja penunjang medik, tata kerja asuhan keperawatan, tata kerja pendidikan dan pelatihan, dan tata kerja pengelolaan rumah tangga.

- (3) Tata kerja sebagaimana dimaksud ayat (2) diatur oleh Direktur dan menjadi pedoman dalam pelaksanaan organisasi Rumah Sakit.

BAB VII

ORGANISASI PELAKSANA

Bagian Kesatu

Instalasi

Pasal 46

- (1) Guna melaksanakan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan dibentuk instalasi yang merupakan unit pelayanan non struktural.
- (2) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan wajib berkoordinasi dengan bidang atau seksi terkait.
- (5) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.

Pasal 47

- (1) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.
- (2) Pembentukan dan perubahan jumlah maupun jenis instalasi dilaporkan secara tertulis kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.

Pasal 48

Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan di instalasinya kepada Direktur.

Bagian Kedua

Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 49

- (1) Kelompok jabatan fungsional terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya.
- (2) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada.
- (3) Kelompok jabatan fungsional bertugas melakukan kegiatan sesuai dengan jabatan fungsional masing-masing.
- (4) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

BAB VIII

ORGANISASI PENDUKUNG

Bagian Kesatu

Satuan Pengawas Internal

Pasal 50

- (1) Ketua dan Anggota Satuan Pengawas Internal diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Satuan Pengawas Internal bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Untuk dapat diangkat menjadi Ketua dan Anggota Satuan Pengawas Internal harus memenuhi persyaratan:
 - a. memiliki integritas, dedikasi, dan memahami masalah yang berkaitan dengan perumahsakitannya, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - b. tidak pernah mendapat hukuman disiplin dari atasan

- atau pejabat berwenang;
- c. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggara Rumah Sakit; dan
 - d. persyaratan lain yang ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Ketua dan Anggota Satuan Pengawas Internal dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila :
- a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit;
 - e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap;
 - f. terkena tindakan disiplin berat dari atasan atau pejabat berwenang; dan/atau
 - g. adanya kebijakan dari Pemilik atau Direktur.

Pasal 51

- (1) Tugas dan tanggung jawab Satuan Pengawas Internal adalah :
- a. melakukan kajian dan analisa terhadap rencana investasi Rumah Sakit khususnya sejauh mana uraian pengkajian dan pengelolaan resiko telah dilaksanakan oleh unit-unit yang lain;
 - b. melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, pemantauan, efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur, dalam bidang keuangan, operasi dan pelayanan, pemasaran, sumber daya manusia dan pengembangan Rumah Sakit;
 - c. melakukan penilaian dan pemantauan mengenai sistem pengendalian informasi dan komunikasi yang meliputi :
 - 1. informasi penting Rumah Sakit terjamin keamanannya;
 - 2. fungsi sekretariat Rumah Sakit dalam pengendalian informasi dapat berjalan dengan efektif; dan
 - 3. penyajian laporan-laporan Rumah Sakit memenuhi peraturan dan perundang-undangan;
 - d. melaksanakan tugas khusus dalam lingkup

- pengendalian internal yang ditugaskan Direktur.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud ayat (1), Satuan Pengawas Internal berfungsi sebagai unit monitoring yang bersifat independen untuk :
 - a. membantu Direktur agar dapat secara efektif mengamankan investasi dan aset Rumah Sakit;
 - b. melakukan penilaian desain dan implementasi pengendalian internal; dan
 - c. melakukan analisa dan evaluasi efektif proses sesuai prosedur pada semua bagian dan unit kegiatan Rumah Sakit.
 - (3) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.
 - (4) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Bagian Kedua

Komite Medik

Pasal 52

Komite medik adalah perangkat Rumah Sakit untuk menerapkan tatakelola klinis (clinical governance) agar staf medis di Rumah Sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.

Pasal 53

Komite medik dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (clinical governance) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.

Pasal 54

- (1) Ketua komite medik ditetapkan oleh kepala/direktur rumah sakit dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Sekretaris komite medik dan ketua subkomite ditetapkan

oleh kepala/direktur rumah sakit berdasarkan rekomendasi dari ketua komite medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.

Pasal 55

Komite medik dibentuk oleh kepala/direktur rumah sakit.

Pasal 56

- (1) Susunan organisasi komite medik sekurang-kurangnya terdiri dari :
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris;
 - c. Sub Komite.
- (2) Dalam keadaan keterbatasan sumber daya, susunan organisasi komite medik sekurang-kurangnya dapat terdiri dari:
 - a. Ketua dan Sekretaris tanpa Sub Komite; atau
 - b. Ketua dan Sekretaris merangkap Ketua dan Anggota Sub Komite.

Pasal 57

- (1) Keanggotaan komite medik ditetapkan oleh kepala/direktur rumah sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
- (2) Jumlah keanggotaan komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jumlah staf medis di rumah sakit.

Pasal 58

- (1) Direktur rumah sakit menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi komite medik.
- (2) Komite medik bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit.

Pasal 59

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik

dapat dibantu oleh panitia adhoc.

- (2) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh kepala/direktur rumah sakit berdasarkan usulan ketua komite medik.
- (3) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.
- (4) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi, kolegium dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/atau institusi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

Pasal 60

- (1) Personalia Komite Medik berhak memperoleh insentif sesuai dengan kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (2) Pelaksanaan kegiatan Komite Medik didanai dengan anggaran Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Bagian Ketiga

Komite Keperawatan

Pasal 61

Komite Keperawatan adalah wadah non-struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.

Pasal 62

Penyelenggaraan Komite Keperawatan bertujuan untuk meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan serta mengatur tata kelola klinis yang baik agar mutu pelayanan keperawatan dan pelayanan kebidanan yang berorientasi pada keselamatan pasien di Rumah Sakit lebih terjamin dan terlindungi.

Pasal 63

Komite Keperawatan dibentuk oleh direktur Rumah Sakit.

Pasal 64

Komite keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 meliputi perawat dan bidan.

Pasal 65

- (1) Susunan organisasi Komite Keperawatan sekurang-kurangnya terdiri dari :
 - a. ketua Komite Keperawatan;
 - b. sekretaris Komite Keperawatan; dan
 - c. subkomite.
- (2) Dalam keadaan keterbatasan sumber daya, susunan organisasi Komite Keperawatan sekurang-kurangnya dapat terdiri dari ketua dan sekretaris merangkap subkomite.

Pasal 66

- (1) Keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan oleh direktur Rumah Sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi dan perilaku.
- (2) Jumlah personil keanggotaan Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jumlah tenaga keperawatan di Rumah Sakit.

Pasal 67

- (1) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.
- (2) Sekretaris Komite Keperawatan dan ketua subkomite ditetapkan oleh direktur Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi dari ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.

Pasal 68

- (1) Subkomite sebagaimana dimaksud dalam pasal 65 ayat (1) huruf c terdiri dari :
 - a. subkomite Kredensial;
 - b. subkomite mutu profesi; dan
 - c. subkomite etik dan disiplin profesi.
- (2) Subkomite Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a bertugas merekomendasikan Kewenangan Klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan.
- (3) Subkomite mutu profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b bertugas melakukan audit keperawatan dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga keperawatan.
- (4) Subkomite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

Pasal 69

- (1) Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara :
 - a. melakukan Kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit;
 - b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi Kredensial, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut :
 - a. menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis dan Buku Putih;
 - b. melakukan verifikasi persyaratan Kredensial;
 - c. merekomendasikan Kewenangan Klinis tenaga keperawatan;
 - d. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis;
 - e. melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan

- f. melaporkan seluruh proses Kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada kepala/direktur Rumah Sakit.
- (3) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut :
 - a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
 - c. melakukan audit keperawatan dan kebidanan; dan
 - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
 - (4) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut :
 - a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
 - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
 - c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
 - d. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis; dan
 - e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan kebidanan.

Pasal 70

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan berwenang :

- a. memberikan rekomendasi rincian Kewenangan Klinis;
- b. memberikan rekomendasi perubahan rincian Kewenangan Klinis;
- c. memberikan rekomendasi penolakan Kewenangan Klinis tertentu;
- d. memberikan rekomendasi surat Penugasan Klinis;
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit

- keperawatan dan kebidanan;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan dan pendidikan kebidanan berkelanjutan;
 - b. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin;
 - c. Membuat dan membubarkan panitia kegiatan keperawatan (Panitia Adhoc) secara mandiri maupun bersama Bidang Keperawatan;
 - d. Mengusulkan rencana kebutuhan tenaga keperawatan dan proses penempatan tenaga keperawatan berdasarkan tinjauan profesi;
 - e. Mengsuskulkan pengadaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana keperawatan;
 - f. Membimbing perawat dalam kesuksesan kerja dan karir; dan
 - g. Memberikan pertimbangan tentang bimbingan dan konseling keperawatan.

Pasal 71

- (1) Komite Keperawatan dan Bidang Pelayanan melaksanakan kerjasama dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi keperawatan.
- (2) Rapat Komite Keperawatan terdiri dari rapat kerja, rapat rutin, rapat pleno dan sidang tahunan.
- (3) Rapat Kerja terdiri dari :
 - a. rapat kerja dilaksanakan dalam setahun sekali dan bersifat terbuka;
 - b. rapat kerja dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Pelayanan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Subkomite, Kepala Seksi Keperawatan, panitia-panitia keperawatan dan kepala unit keperawatan; dan
 - c. agenda rapat kerja adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 5 (lima) tahun.
- (4) Rapat Rutin terdiri dari :
 - a. rapat rutin dilaksanakan 3 (tiga) bulan sekali dan bersifat terbuka;
 - b. rapat rutin dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan

atau Kepala Bidang Pelayanan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Subkomite, Kepala Seksi Keperawatan, dan kepala unit keperawatan; dan

c. agenda rapat rutin adalah membahas masalah keperawatan.

(5) Rapat Pleno terdiri dari :

a. rapat pleno diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan;

b. rapat pleno dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Pelayanan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite dan kepala Seksi Keperawatan; dan

c. agenda rapat pleno adalah membahas persoalan etik dan disiplin staf keperawatan.

(6) Sidang Tahunan terdiri dari :

a. sidang tahunan diadakan 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun;

b. sidang tahunan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Pelayanan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Subkomite, Kepala Seksi Keperawatan, dan kepala unit keperawatan;

c. agenda sidang tahunan adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 1 (satu) tahun dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pada tahun yang telah lalu; dan

d. keputusan yang diambil harus disetujui sekurang-kurangnya oleh 2/3 (dua pertiga) peserta yang hadir.

Pasal 72

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Keperawatan diatur dalam Peraturan Internal Staf Keperawatan (Nursing Staff By Laws) yang ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 73

(1) Direktur Rumah Sakit menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan fungsi dan tugas Komite Keperawatan.

(2) Komite Keperawatan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.

Pasal 74

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan dapat dibantu oleh panitia adhoc.
- (2) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit berdasarkan usulan ketua Komite Keperawatan.
- (3) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari tenaga keperawatan yang tergolong sebagai Mitra Bestari.
- (4) Tenaga keperawatan yang tergolong sebagai Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari Rumah Sakit lain, organisasi profesi perawat, organisasi profesi bidan, dan/atau institusi pendidikan keperawatan dan institusi pendidikan kebidanan.

Pasal 75

- (1) Kepengurusan Komite Keperawatan berhak memperoleh insentif sesuai dengan aturan dan kebijakan Rumah Sakit.
- (2) Pelaksanaan kegiatan Komite Keperawatan didanai dengan anggaran Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Bagian Keempat

Komite Etik dan Hukum

Pasal 76

- (1) Komite Etik dan Hukum dibentuk dan ditetapkan dalam keputusan Direktur Rumah Sakit.
- (2) Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.
- (3) Pembentukan Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan kebutuhan dan ketersediaan sumber daya yang dimiliki oleh Rumah Sakit.

Pasal 77

- (1) Susunan organisasi Komite Etik dan Hukum paling sedikit

terdiri atas :

- a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. anggota.
- (2) Ketua dan sekretaris sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merangkap sebagai anggota.
 - (3) Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a tidak merangkap jabatan lain di Rumah Sakit.
 - (4) Selain susunan organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dibentuk subkomite etik penelitian sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit.

Pasal 78

- (1) Keanggotaan Komite Etik dan Hukum paling sedikit terdiri atas :
 - a. tenaga medis;
 - b. tenaga keperawatan;
 - c. tenaga kesehatan lain;
 - d. unsur yang membidangi mutu dan keselamatan pasien;
 - e. unsur administrasi umum dan keuangan, pengelola pelayanan hukum; dan
 - f. unsur administrasi umum dan keuangan, pengelola sumber daya manusia.
- (2) Jumlah personil keanggotaan Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan kemampuan Rumah Sakit.
- (3) Keanggotaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a sampai dengan huruf d diusulkan oleh masing-masing komite.
- (4) Keanggotaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e dan huruf f diusulkan oleh pimpinan unit sumber daya manusia di rumah sakit.
- (5) Dalam hal dibutuhkan, keanggotaan Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat melibatkan unsur masyarakat.

Pasal 79

Keanggotaan Komite Etik dan Hukum diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Rumah Sakit.

Pasal 80

- (1) Untuk diangkat menjadi anggota Komite Etik dan Hukum sebagaimana harus dipenuhi persyaratan :
 - a. tidak pernah melakukan perbuatan tercela;
 - b. sehat jasmani dan jiwa;
 - c. memiliki pengetahuan dan/atau pengalaman bekerja di bidang etik dan/atau hukum;
 - d. mengikuti pelatihan etik dan hukum rumah sakit;
 - e. bersedia bekerja sebagai anggota Komite Etik dan Hukum; dan
 - f. memiliki kepedulian dan kepekaan terhadap masalah etik, hukum, sosial lingkungan dan kemanusiaan.
- (2) Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d dapat dipenuhi paling lambat 1 (satu) tahun setelah diangkat menjadi anggota Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit.

Pasal 81

- (1) Direktur Rumah sakit dapat memberhentikan anggota Komite Etik dan Hukum sebelum habis masa kerjanya disertai dengan alasan pemberhentian.
- (2) Alasan pemberhentian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :
 - a. tidak melaksanakan tugas dan fungsi Komite Etik dan Hukum;
 - b. melanggar Panduan Etika dan Perilaku (Code of Conduct);
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit; dan/atau
 - d. dipidana karena melakukan tindak pidana kejahatan berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.
- (3) Pemberhentian anggota Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberitahukan

secara tertulis oleh Kepala atau Direktur Rumah Sakit kepada ketua dan/atau anggota yang diberhentikan

Pasal 82

- (1) Komite Etik dan Hukum memiliki tugas sebagai berikut :
 - a. meningkatkan dan menjaga kepatuhan penerapan etika dan hukum di Rumah Sakit;
 - b. menyusun Panduan Etik dan Perilaku (Code of Conduct);
 - c. menyusun pedoman Etika Pelayanan;
 - d. membina penerapan Etika Pelayanan, Etika Penyelenggaraan, dan hukum perumahsakit;
 - e. mengawasi pelaksanaan penerapan Etika Pelayanan dan Etika Penyelenggaraan;
 - f. memberikan analisis dan pertimbangan etik dan hukum pada pembahasan internal kasus pengaduan hukum;
 - g. mendukung bagian hukum dalam melakukan pilihan penyelesaian sengketa (alternative dispute resolution) dan/atau advokasi hukum kasus pengaduan hukum; dan
 - h. menyelesaikan kasus pelanggaran etika pelayanan yang tidak dapat diselesaikan oleh komite etika profesi terkait atau kasus etika antar profesi di Rumah Sakit.
- (2) Selain tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Etik dan Hukum mempunyai fungsi :
 - a. memberikan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit mengenai kebijakan, peraturan, pedoman, dan standar yang memiliki dampak etik dan/atau hukum;
 - b. memberikan pertimbangan dan/atau rekomendasi terkait pemberian bantuan hukum dan rehabilitasi bagi sumber daya manusia rumah sakit; dan
 - c. membantu Direktur dalam mensosialisasikan kewajiban dan tata aturan etik dan hukum Rumah Sakit kepada semua unsur di Rumah Sakit

Pasal 83

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 84, Komite Etik dan Hukum memiliki kewajiban :

- a. pengelolaan data dan informasi terkait etika Rumah Sakit;
- b. pengkajian etika dan hukum perumahsakit, termasuk masalah profesionalisme, interkolaborasi, pendidikan, dan penelitian serta nilai-nilai bioetika dan humaniora;
- c. sosialisasi dan promosi Panduan Etik dan Perilaku dan pedoman etika pelayanan;
- d. pencegahan penyimpangan Panduan Etik dan Perilaku dan pedoman Etika Pelayanan;
- e. monitoring dan evaluasi terhadap penerapan Panduan Etik dan Perilaku dan pedoman Etika Pelayanan;
- f. pembimbingan dan konsultasi dalam penerapan Panduan Etik dan Perilaku dan pedoman Etika Pelayanan;
- h. penelusuran dan penindaklanjutan kasus terkait Etika Pelayanan dan Etika Penyelenggaraan sesuai dengan peraturan internal Rumah Sakit;
- i. penindaklanjutan terhadap keputusan etik profesi yang tidak dapat diselesaikan oleh komite profesi yang bersangkutan atau kasus etika antar profesi;
- j. menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi medikoetik-legal, baik internal maupun eksternal Rumah Sakit;
- k. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan etika dan hukum bagi petugas di Rumah Sakit; dan
- l. menyelenggarakan dan meningkatkan kemampuan resiko manajemen terhadap masalah-masalah etika dan hukum di Rumah Sakit.

Pasal 84

Kewajiban etik dan hukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 86 meliputi :

- a. kewajiban umum Rumah Sakit;
- b. kewajiban Rumah Sakit terhadap masyarakat;
- c. kewajiban Rumah Sakit terhadap staf;
- d. menyelesaikan masalah medikolegal dan etika Rumah Sakit; dan

- e. melakukan koordinasi dengan Bagian Hukum dan Tim Penasehat/Advokasi Hukum yang ditunjuk Pemilik dalam menyelesaikan masalah medicolegal.

Pasal 85

Dalam melaksanakan tugas, fungsi dan kewenangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 85 dan Pasal 86 , Komite Etik dan Hukum berwenang :

- a. menghadirkan pihak terkait untuk menyelesaikan masalah etik Rumah Sakit;
- b. melakukan klarifikasi dengan pihak terkait sebagai penyusunan bahan rekomendasi;
- c. memberikan rekomendasi kepada Direktur Rumah Sakit mengenai sanksi terhadap pelaku pelanggaran Panduan Etik dan Perilaku dan pedoman Etika Pelayanan; dan
- d. Mengusulkan rencana kegiatan tahunan dan lima tahunan.

Pasal 86

- (1) Dalam melaksanakan tugas, fungsi dan kewenangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 85 dan Pasal 86 Komite Etik dan Hukum dapat membentuk panitia adhoc.
- (2) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit berdasarkan usulan ketua Komite Etik dan Hukum.
- (3) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat berasal dari Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit lain.

Pasal 87

- (1) Pendanaan penyelenggaraan Komite Etik dan Hukum berasal dari dana anggaran Rumah Sakit.
- (2) Pendanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipergunakan untuk pelaksanaan tugas dan fungsi, serta insentif anggota Komite Etik dan Hukum.

Pasal 88

- (1) Komite Etik dan Hukum beserta Pejabat Pengelola melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi etik dan hukum.
- (2) Rapat etik dan hukum terdiri dari rapat kerja, rapat rutin dan rapat khusus.
- (3) Rapat Kerja terdiri dari :
 - a. rapat kerja dilaksanakan dalam setahun sekali dan bersifat terbuka;
 - b. rapat kerja dipimpin oleh Ketua Komite atau Direktur dan dihadiri oleh para Sekretaris dan Subkomite, Pejabat Pengelola, Kepala Instalasi dan Kepala Unit Pelayanan; dan
 - c. agenda rapat kerja adalah membuat rencana kerja etik dan hukum untuk masa 5 (lima) tahun.
- (4) Rapat Rutin terdiri dari :
 - a. rapat rutin dilaksanakan dalam 3 (tiga) bulan sekali dan bersifat terbuka;
 - b. rapat rutin dipimpin oleh Ketua Komite atau Direktur dan dihadiri oleh para Sekretaris dan Subkomite, Pejabat Pengelola, Kepala Instalasi dan Kepala Unit Pelayanan; dan
 - c. agenda rapat rutin adalah membahas masalah- masalah etika dan hukum.
- (5) Rapat Pleno terdiri dari :
 - a. rapat pleno diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan;
 - b. rapat pleno dipimpin oleh Ketua Komite atau Direktur dan dihadiri oleh para Sekretaris dan Subkomite dan Pejabat Pengelola serta Kepala Instalasi dan Kepala Unit Pelayanan terkait; dan
 - c. agenda rapat pleno adalah membahas persoalan etik dan disiplin pegawai Rumah Sakit Non Medis dan Non Keperawatan.

Pasal 89

- (1) Pendanaan penyelenggaraan Komite Etik dan Hukum berasal dari dana anggaran Rumah Sakit.

- (2) Pendanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipergunakan untuk pelaksanaan tugas dan fungsi, serta insentif anggota Komite Etik dan Hukum.

Pasal 90

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Etik dan Hukum diatur dalam Peraturan Internal Komite Etik dan Hukum yang ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Kelima

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pasal 91

- (1) Susunan organisasi Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi terdiri dari Ketua, Sekretaris dan Seksi-Seksi;
- (2) Keanggotaan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi terbagi ke dalam Seksi-Seksi, yaitu Seksi Penyuluhan Kesehatan dan Seksi Pengendalian dan Kridensial;
- (3) Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi diangkat dan diberhentikan Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Komite Keperawatan dan unsur dari Bidang Pelayanan dan Bidang Penunjang Rumah Sakit;
- (4) Sekretaris dan Seksi-Seksi diusulkan oleh Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi ditetapkan oleh Direktur, dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Komite Keperawatan dan unsur dari Bidang Pelayanan dan Bidang Penunjang Rumah Sakit.

Pasal 92

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi bertugas pokok membantu Direktur memberikan pertimbangan dalam pencegahan dan pengendalian infeksi Rumah Sakit.
- (2) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud ayat (1), Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi berfungsi :
 - a. menyusun, menetapkan, mensosialisasikan dan mengevaluasi kebijakan pencegah dan pengendalian infeksi Rumah Sakit;

- b. melaksanakan investigasi dan penanggulangan masalah Kejadian Luar Biasa;
- c. merencanakan, mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi dan aman bagi yang menggunakan;
- d. membuat pedoman tata laksana pencegahan dan pengendalian infeksi;
- e. melaksanakan pemantauan terhadap upaya pencegahan dan pengendalian infeksi;
- f. memberikan penyuluhan masalah infeksi kepada tenaga medik, non medik dan tenaga lainnya serta pengguna jasa Rumah Sakit; dan
- g. menerima laporan atas kegiatan dan membuat laporan berkala kepada Direktur.

(3) Seksi Penyuluhan Kesehatan, mempunyai tugas :

- a. menyusun rencana kerja tahunan;
- b. melakukan koordinasi dengan unit lain dalam melakukan tugas guna sinkronisasi;
- c. melakukan penyuluhan secara rutin dan insidental;
- d. memberikan saran dan masukan dalam proses pelayanan; dan
- e. membuat laporan kegiatan secara rutin dan insidental kepada Ketua Komite untuk diteruskan kepada Direktur.

(4) Seksi Pengendalian dan Kredensial, mempunyai tugas :

- a. menyusun rencana kerja tahunan;
- b. melakukan koordinasi dengan unit lain dalam melakukan tugas guna sinkronisasi;
- c. menerima hasil verifikasi persyaratan kredensial;
- d. merekomendasikan tahapan proses kredensial;
- e. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
- f. melakukan kredensial ulang secara berkala setiap 5 (lima) tahun; dan
- g. membuat laporan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur.

Pasal 93

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi diatur dalam Peraturan Internal Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Keenam

Komite Farmasi dan Terapi

Pasal 94

- (1) Susunan organisasi Komite Farmasi dan Terapi terdiri dari:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Koordinator.
- (2) Keanggotaan Komite Farmasi dan Terapi terbagi ke dalam Koordinator.
- (3) Ketua Komite Farmasi dan Terapi diangkat dan diberhentikan Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Komite Keperawatan dan unsur dari Bidang Pelayanan dan Bidang Penunjang Rumah Sakit.
- (4) Sekretaris dan Koordinator diusulkan oleh Ketua Komite Farmasi dan Terapi ditetapkan oleh Direktur, dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Bidang Pelayanan dan Bidang Penunjang dan Bagian Tata Usaha Rumah Sakit.

Pasal 95

- (1) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas :
 - a. membuat pedoman diagnosis dan terapi, formularium Rumah Sakit, pedoman penggunaan antibiotika;
 - b. melaksanakan pendidikan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihak-pihak terkait;
 - c. melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat serta memberikan umpan balik;
 - d. membina hubungan kerja dengan unit terkait didalam

- Rumah Sakit yang sarannya berhubungan dengan obat;
- e. mengkaji penggunaan produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota staf medis;
 - f. mengelola obat yang digunakan dalam katagori khusus; dan
 - g. membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan-kebijakan dan peraturan-peraturan mengenai penggunaan obat sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional.

Pasal 96

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Farmasi dan Terapi diatur dalam Peraturan Internal Komite Farmasi dan Terapi yang ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Ketujuh

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

Pasal 97

- (1) Susunan organisasi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien terdiri dari :
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Koordinator.
- (2) Keanggotaan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien terbagi ke dalam koordinator, yaitu Koordinator Mutu Klinik, Koordinator Manajemen dan Koordinator Keselamatan Pasien.
- (3) Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien diangkat dan diberhentikan Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Komite Keperawatan dan unsur dari Bidang Pelayanan dan Bidang Penunjang Rumah Sakit.
- (4) Sekretaris dan Koordinator diusulkan oleh Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien ke Direktur, dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Komite Keperawatan dan unsur dari Bidang Pelayanan dan Bidang Penunjang Rumah Sakit.

Pasal 98

- (1) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.
- (2) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien mempunyai tugas :
 - a. Meningkatkan mutu layanan di semua bidang layanan rumah sakit;
 - b. Mengembangkan program keselamatan pasien rumah sakit;
 - c. Menyusun kebijakan dan prosedur terkait dengan program keselamatan pasien;
 - d. Menjalankan peran, motivator, edukator, konsultasi, evaluasi dan monitoring program keselamatan pasien rumah sakit;
 - e. Bersama-sama bagian diklat rumah sakit melakukan pelatihan internal Keselamatan Pasien; dan
 - f. Melakukan pencatatan pelaporan, analisa masalah terkait dengan kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera dan kejadian sentinel.
- (3) Tugas Koordinator Mutu Klinik :
 - a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan Manajemen Mutu Klinik;
 - b. mengevaluasi implementasi SPO Pelayanan;
 - c. berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu klinik;
 - d. menganalisa hasil pencapaian indikator dan membuat laporan hasil pemantauan mutu klinik;
 - e. menyelenggarakan kegiatan sosialisasi internal Rumah Sakit tentang pencapaian indikator mutu klinik;
 - f. menyusun dan mendistribusikan bahan rekomendasi terhadap pencapaian indikator mutu klinik;
 - g. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu klinik baik internal atau eksternal Rumah Sakit;
 - h. menyusun dan melaksanakan panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu klinik;
 - i. mengkoordinasikan penyelenggaraan;

- j. pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu; dan
- k. membuat laporan kegiatan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu.

(4) Tugas Koordinator Mutu Manajemen :

- a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan Manajemen Mutu Manajemen;
- b. mengevaluasi implementasi SPO administrasi dan sumber daya;
- c. berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu manajemen;
- d. menganalisa hasil pencapaian indikator dan membuat laporan hasil pemantauan mutu manajemen;
- e. menyelenggarakan kegiatan sosialisasi internal Rumah Sakit tentang pencapaian indikator manajemen;
- f. menyusun dan mendistribusikan bahan rekomendasi terhadap pencapaian hasil pemantauan mutu manajemen;
- g. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu manajemen baik internal atau eksternal Rumah Sakit;
- h. menyusun dan melaksanakan panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu manajemen;
- i. mengkoordinasikan penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali; dan
- j. membuat laporan kegiatan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu.

(5) Tugas Koordinator Keselamatan Pasien :

- a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
- b. melakukan pencatatan, pelaporan dan analisa masalah terkait dengan Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cidera dan Kejadian Sentinel;
- c. memproses laporan insiden keselamatan pasien ke KKKRS PERSI;
- d. mengkoordinir investigasi dan masalah terkait Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cidera dan Kejadian

Sentinel; dan

e. secara berkala membuat laporan kegiatan ke Direktur.

BAB IX

TATA KERJA

Pasal 99

Dalam melaksanakan tugas setiap Pejabat Pengelola wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan pendekatan lintas fungsi secara vertikal dan horisontal baik dilingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai tugas masing-masing.

Pasal 100

Setiap Pejabat Pengelola wajib mengawasi bawahannya dan apabila terjadi penyimpangan wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 101

Setiap Pejabat Pengelola bertanggung jawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahan.

Pasal 102

Setiap Pejabat Pengelola wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggungjawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala.

Pasal 103

Setiap laporan yang diterima oleh Pejabat Pengelola dari bawahan, wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan perubahan untuk menyusun laporan lebih lanjut dan untuk memberikan petunjuk kepada bawahan.

Pasal 104

Kepala Bidang, Kepala Kepala Bidang, Kepala Seksi, Kepala Subbagian dan Kepala Instalasi dan kepala ruangan wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya.

Pasal 105

Dalam menyampaikan laporan kepada atasannya, tembusan laporan lengkap dengan semua lampirannya disampaikan pula kepada satuan organisasi lain yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.

Pasal 106

Dalam melaksanakan tugasnya, setiap Pejabat Pengelola dibantu oleh kepala satuan organisasi dibawahnya dan dalam rangka pemberian bimbingan dan pembinaan kepada bawahan wajib mengadakan rapat berkala.

BAB X

PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA

Bagian Kesatu

Tujuan Pengelolaan

Pasal 107

Pengelolaan sumber daya manusia merupakan pengaturan dan kebijakan mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan kebutuhan ketenagaan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efektif dan efisien.

Pasal 108

- (1) Sumber daya manusia Rumah Sakit dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil dan Non Pegawai Negeri Sipil.
- (2) Penerimaan pegawai Rumah Sakit diatur sebagai berikut :
 - a. untuk Aparatur Sipil Negara (ASN) dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku;
 - b. untuk pegawai Non Aparatur Sipil Negara (ASN) dilakukan mekanisme rekrutmen atau cara lain yang efektif dan efisien;
 - c. rekrutmen Aparatur Sipil Negara maupun Non Aparatur Sipil Negara dilakukan dengan cara seleksi, meliputi seleksi administrasi, test psikologi, seleksi akademik dan keterampilan, wawancara dan test kesehatan; dan
 - d. kerjasama operasional dilaksanakan sesuai kebutuhan

dan dilakukan oleh Direktur dengan pihak ketiga.

Bagian Kedua

Penghargaan dan Sanksi

Pasal 109

Untuk mendorong motivasi kerja dan produktivitas Karyawan maka Rumah Sakit menerapkan kebijakan tentang imbal jasa bagi pegawai yang mempunyai kinerja baik dan sanksi bagi Karyawan yang tidak mamenuhi ketentuan atau melanggar peraturan yang ditetapkan.

Pasal 110

Kenaikan pangkat reguler diberikan kepada Aparatur Sipil Negara yang tidak menduduki jabatan struktural atau fungsional tertentu, termasuk Aparatur Sipil Negara yang :

- a. melaksanakan tugas belajar dan sebelumnya tidak menduduki jabatan struktural atau fungsional tertentu; dan
- b. dipekerjakan atau diperbantukan secara penuh di luar instansi induk dan tidak menduduki jabatan pimpinan yang telah ditetapkan persamaan eselonnya atau jabatan fungsional tertentu.

Pasal 111

- (1) Rotasi Aparatur Sipil Negara dan Non Aparatur Sipil Negara dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir.
- (2) Rotasi dilaksanakan dengan mempertimbangkan :
 - a. penempatan
 - b. masa kerja di unit tertentu;
 - c. pengalaman pada bidang tugas tertentu;
 - d. kegunaannya dalam menunjang karir; dan
 - e. kondisi fisik dan psikis pegawai.

Bagian Ketiga

Pengangkatan Pegawai

Pasal 112

- (1) Karyawan Rumah Sakit yang berasal dari Non Aparatur

Sipil Negara dapat dipekerjakan secara tetap atau tidak tetap.

- (2) Pengangkatan Aparatur Sipil Negara disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Pengangkatan pegawai Non Aparatur Sipil Negara dilakukan berdasarkan pada prinsip efektifitas, efisiensi, dalam peningkatan pelayanan dan sesuai dengan kebutuhan.
- (4) Pengangkatan pegawai Non Aparatur Sipil Negara ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Bagian Keempat

Disiplin Pegawai

Pasal 113

- (1) Penilaian disiplin pegawai Rumah Sakit didasarkan pada :
 - a. daftar hadir;
 - b. laporan kegiatan; dan
 - c. daftar penilaian pelaksanaan pekerjaan.
- (2) Tingkatan dan jenis hukuman disiplin pegawai meliputi :
 - a. hukuman disiplin ringan, yang terdiri dari teguran lisan, teguran tertulis dan pernyataan tidak puas secara tertulis;
 - b. hukuman disiplin sedang, yang terdiri dari penundaan kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun, penurunan gaji sebesar satu kali kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun, dan penundaan kenaikan pangkat untuk paling lama 1 (satu) tahun; dan
 - c. hukuman disiplin berat yang terdiri dari penurunan pangkat setingkat lebih rendah untuk paling lama 1 (satu) tahun, pembebasan dari jabatan, pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri sebagai Pegawai Negeri Sipil, dan pemberhentian tidak hormat sebagai pegawai negeri sipil.

Bagian Kelima
Pemberhentian Pegawai
Pasal 114

- (1) Pemberhentian Aparatur Sipil Negara diatur menurut peraturan perundangan-undangan tentang pemberhentian Aparatur Sipil Negara.
- (2) Pemberhentian Non Aparatur Sipil Negara dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut :
 - a. pemberhentian atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila Pegawai mengajukan permohonan pemberhentian sebagai pegawai pada masa kontrak dan/atau tidak memperpanjang masa kontrak diatur;
 - b. pemberhentian karena mencapai batas usia pensiun dilaksanakan apabila Pegawai telah memasuki masa batas usia pensiun sesuai dengan peraturan yang berlaku;
 - c. pemberhentian tidak atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila Pegawai melakukan tindakan pelanggaran sesuai peraturan tentang disiplin pegawai.

BAB XI
REMUNERASI
Pasal 115

Remunerasi merupakan imbalan atau upah akibat dari kinerja pegawai yang dapat berupa gaji, tunjangan, uang lembur, honorarium, insentif, bonus, pesangon, jasa pelayanan dan atau pensiun yang diberikan kepada pejabat pengelola dan pegawai Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Bupati.

Pasal 116

- (1) Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan pegawai Rumah Sakit dapat diberikan remunerasi sesuai dengan tingkat tanggung jawab dan tuntutan profesionalisme yang diperlukan.
- (2) Remunerasi bagi Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud ayat (1), diberikan dalam bentuk honorarium.

- (3) Sistem remunerasi dalam bentuk jasa pelayanan dan gaji pegawai Non PNS sebagaimana dimaksud ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 117

Remunerasi dalam bentuk tunjangan, uang lembur, honorarium, insentif, bonus dan pesangon yang sumber dananya dari BLUD ditetapkan oleh pimpinan Rumah Sakit.

Pasal 118

Remunerasi dalam bentuk honorarium Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada anggaran Rumah Sakit dan dimuat dalam RBA.

Pasal 119

Remunerasi bagi Pejabat Pengelola dan pegawai Rumah Sakit sebagaimana dimaksud Pasal 95 ayat (1) dapat dihitung berdasarkan ketentuan yang berlaku.

Pasal 120

Pegawai Rumah Sakit yang berstatus Pegawai Negeri Sipil, gaji pokok dan tunjangan mengikuti peraturan perundang-undangan tentang gaji dan tunjangan Pegawai Negeri Sipil serta dapat diberikan tambahan penghasilan sesuai remunerasi yang ditetapkan sebagaimana dimaksud Pasal 95.

BAB XII

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 121

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh Rumah Sakit, Bupati menetapkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mempertimbangkan jenis dan mutu pelayanan.

Pasal 122

Standar Pelayanan Minimal wajib memperhatikan asas sebagai berikut :

- a. akses;
- b. efektivitas;
- c. efisiensi;
- d. keselamatan dan keamanan
- e. kenyamanan;
- f. kesinambungan pelayanan;
- g. kompetensi teknis; dan
- h. hubungan antar manusia.

BAB XIII

PENGELOLAAN KEUANGAN

Pasal 123

- (1) Pengelolaan keuangan Rumah Sakit berdasarkan pada prinsip efektivitas, efisiensi dan produktivitas dengan berasaskan akuntabilitas dan transparasi.
- (2) Dalam rangka penerapan asas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan sistem akuntansi berbasis aktual dan standar akuntansi pemerintahan.
- (3) Subsidi dari Pemerintah untuk pembiayaan Rumah Sakit dapat berupa biaya gaji, biaya pengadaan barang modal, dan biaya pengadaan barang dan Jasa.

BAB XIV

TARIF LAYANAN

Pasal 124

- (1) Rumah Sakit dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa layanan yang diberikan.
- (2) Imbalan atas barang dan/atau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan.
- (3) Tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dihitung untuk

menutup seluruh atau sebagian dari biaya layanan.

- (4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat berupa besaran tarif dan/atau pola tarif sesuai jenis layanan Rumah Sakit.
- (5) Tarif sebagaimana dimaksud ayat (2) didasarkan pada besaran biaya satuan ditambah dengan batas keuntungan, tingkat bunga bank, tingkat inflasi dan jasa pelayanan dengan mempertimbangkan tarif rumah sakit sekitar, kemampuan dan keinginan untuk membayar.

Pasal 125

- (1) Tarif layanan Rumah Sakit diusulkan oleh Direktur kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Tarif layanan sebagaimana dimaksud ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Bupati.
- (3) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud ayat (2), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.

Pasal 126

- (1) Peraturan Bupati mengenai tarif layanan Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.
- (2) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud ayat (1) dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan.
- (3) Proses perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) berpedoman pada ketentuan Pasal 127 dan Pasal 128.

BAB XV

RENCANA BISNIS DAN ANGGARAN

Bagian Kesatu

Penyusunan

Pasal 127

- (1) Rumah Sakit wajib menyusun RBA tahunan disertai dengan prakiraan RBA tahun berikutnya.
- (2) RBA tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1)

mengacu kepada:

- a. Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit; dan
- b. Pagu Anggaran Pemerintah Kabupaten.

Pasal 128

Penyusunan RBA dilakukan melalui metode *top down* dan *bottom up* yang dimulai dari :

- a. *policy statement* oleh pimpinan
- b. tingkat pusat pertanggungjawaban
- c. komite anggaran yaitu suatu panitia anggaran yang mempunyai tugas untuk mengarahkan dan mengevaluasi anggaran
- d. tingkat Direksi dan Dewan Pengawas

Pasal 129

- (1) RBA disusun berdasarkan :
 - a. basis kinerja dan perhitungan akuntansi biaya menurut jenis layananannya;
 - b. kebutuhan dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diterima; dan
 - c. basis aktual.
- (2) Dalam hal Rumah Sakit telah menyusun standar biaya layanannya berdasarkan perhitungan akuntansi biaya, RBA disusun menggunakan standar biaya tersebut.
- (3) Standar biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Perhitungan akuntansi biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dihasilkan dari sistem akuntansi biaya yang ditetapkan oleh Bupati.
- (5) Dalam hal Rumah Sakit belum menyusun standar biaya layanannya berdasarkan perhitungan dalam standar biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Rumah Sakit menyusun RBA menggunakan standar biaya yang ditetapkan oleh Bupati.
- (6) Dalam hal Rumah Sakit belum menyusun standar biaya layanannya berdasarkan perhitungan akuntansi biaya, RBA disusun menggunakan standar biaya umum yang ditetapkan oleh Bupati.

- (7) Penyusunan kebutuhan dan kemampuan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b disusun per unit kerja pada Rumah Sakit.
- (8) Kebutuhan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan pagu belanja yang dirinci menurut program, kegiatan, output, akun belanja, dan detail belanja.
- (9) Kemampuan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b bersumber dari :
 - a. pendapatan dari layanan yang diberikan kepada masyarakat;
 - b. hibah tidak terikat dan/atau hibah terikat yang diperoleh dari masyarakat atau badan lain;
 - c. hasil kerja sama Rumah Sakit dengan pihak lain dan/atau hasil usaha lainnya;
 - d. penerimaan lainnya yang sah; dan/atau penerimaan anggaran yang bersumber dari APBD/APBN.
- (10) Hasil usaha lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (9) huruf c antara lain diperoleh dari pendapatan jasa lembaga keuangan, hasil penjualan aset tetap, dan pendapatan sewa.

Pasal 130

- (1) RBA paling sedikit memuat :
 - a. program dan kegiatan;
 - b. target kinerja (output);
 - c. kondisi kinerja Rumah Sakit tahun berjalan;
 - d. asumsi makro dan mikro;
 - e. kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan;
 - f. perkiraan biaya; dan
 - g. prakiraan maju (forward estimate).
- (2) Rumusan program dan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dan target kinerja (output) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b harus sama dengan rumusan program, kegiatan dan target kinerja yang ada dalam Rencana Kerja Anggaran Rumah Sakit.
- (3) Kondisi kinerja Rumah Sakit tahun berjalan sebagaimana

dimaksud pada ayat (1) huruf c merupakan uraian gambaran mengenai capaian kinerja per unit kerja pada Rumah Sakit.

- (4) Asumsi makro sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d merupakan data dan/atau informasi atas indikator ekonomi yang berhubungan dengan aktivitas perekonomian nasional dan/atau global secara keseluruhan.
- (5) Asumsi mikro sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d merupakan data dan/atau informasi atas indikator ekonomi yang berhubungan dengan aktivitas Rumah Sakit.
- (6) Asumsi makro dan asumsi mikro sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dan ayat (5) yang digunakan dalam penyusunan RBA merupakan asumsi yang hanya berkaitan dengan pencapaian target Rumah Sakit.
- (7) Asumsi makro dan asumsi mikro sebagaimana dimaksud pada ayat (6) harus dijelaskan kaitannya dengan keberhasilan pencapaian target Rumah Sakit tersebut.
- (8) Kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e disusun menggunakan basis kas.
- (9) Kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan yang disusun menggunakan basis kas sebagaimana dimaksud pada ayat (8) menjadi data masukan untuk pengisian Kertas Kerja Rencana Kerja Anggaran Rumah Sakit.
- (10) Perkiraan biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f disusun menggunakan basis akrual.
- (11) Prakiraan maju sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf g digunakan untuk kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan.
- (12) Prakiraan maju untuk kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (11) dicantumkan dalam RBA sampai dengan 3 (tiga) tahun ke depan.

Pasal 131

- (1) RBA menganut Pola Anggaran Fleksibel dengan suatu

Persentase Ambang Batas tertentu.

- (2) Pola Anggaran Fleksibel sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya berlaku untuk belanja yang bersumber dari pendapatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 132 ayat (9) huruf a, sampai dengan huruf d.
- (3) Persentase Ambang Batas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dihitung tanpa memperhitungkan saldo awal kas.
- (4) Persentase Ambang Batas dicantumkan dalam Rencana Kerja Anggaran dan Dokumen Pelaksanaan Anggaran Rumah Sakit.
- (5) Pencantuman Ambang Batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa keterangan atau catatan yang memberikan informasi besaran Persentase Ambang Batas.

Bagian Kedua

Penyusunan Ikhtisar RBA

Pasal 132

Ikhtisar RBA digunakan sebagai bahan untuk menggabungkan RBA ke dalam RKA Rumah Sakit.

Pasal 133

- (1) Rumah Sakit mencantumkan penerimaan dan pengeluaran yang tercantum dalam RBA ke dalam pendapatan, belanja, dan pembiayaan dalam Ikhtisar RBA termasuk belanja dan pengeluaran pembiayaan yang didanai dari saldo awal kas.
- (2) Pendapatan, belanja, dan pembiayaan yang dicantumkan dalam Ikhtisar RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dihitung berdasarkan basis kas.
- (3) Pendapatan Rumah Sakit yang dicantumkan ke dalam Ikhtisar RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup pendapatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 132 ayat (9) huruf a sampai dengan huruf d.
- (4) Belanja Rumah Sakit yang dicantumkan ke dalam Ikhtisar RBA sebagaimana dimaksud ayat (1) mencakup semua belanja Rumah Sakit, termasuk belanja yang didanai dari APBD, belanja yang didanai dari Pendapatan Rumah

Sakit, penerimaan pembiayaan, dan belanja yang didanai dari saldo awal kas.

Pasal 134

- (1) Belanja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 136 ayat (4) dicantumkan kedalam Ikhtisar RBA dalam 3 (tiga) jenis belanja yang terdiri atas:
 - a. Belanja Pegawai;
 - b. Belanja Barang; dan
 - c. Belanja Modal.
- (2) Belanja Pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan belanja pegawai yang berasal dari APBD (Rupiah Murni) dan Pendapatan Rumah Sakit.
- (3) Belanja Barang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b terdiri atas Belanja Barang yang berasal dari APBD (Rupiah Murni), Belanja Barang yang didanai dari Pendapatan Rumah Sakit.
- (4) Belanja Barang yang didanai dari Pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) terdiri dari Belanja Barang, Belanja Jasa, Belanja Pemeliharaan, Belanja Perjalanan, dan Belanja Penyediaan Barang dan Jasa Rumah Sakit Lainnya yang berasal dari Pendapatan Rumah Sakit, termasuk Belanja Pengembangan SDM.
- (5) Belanja Modal sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf c terdiri dari Belanja Modal yang berasal dari APBD (Rupiah Murni) dan Belanja Modal Pendapatan Rumah Sakit.
- (6) Belanja Modal yang berasal dari APBD (Rupiah Murni) sebagaimana dimaksud pada ayat (5) merupakan belanja modal yang bersumber dari Rupiah Murni yang terdiri dari Belanja Modal Tanah, Belanja Modal Peralatan dan Mesin, Belanja Modal Jalan, Irigasi dan Jaringan, dan Belanja Modal Fisik Lainnya.
- (7) Belanja Modal Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (5) merupakan belanja modal yang bersumber dari Pendapatan Rumah Sakit yang terdiri dari Belanja Modal Tanah, Belanja Modal sarana Fisik, Modal Peralatan dan Mesin, dan Sarana Transportasi.

Pasal 135

- (1) Pembiayaan sebagaimana dimaksud Pasal 137 ayat (1) mencakup semua penerimaan pembiayaan dan pengeluaran pembiayaan Rumah Sakit.
- (2) Penerimaan pembiayaan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) antara lain mencakup penerimaan yang bersumber dari pinjaman jangka pendek, pinjaman jangka panjang, dan/atau penerimaan kembali/penjualan investasi jangka panjang Rumah Sakit.
- (3) Pengeluaran pembiayaan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup antara lain pengeluaran untuk pembayaran pokok pinjaman, pengeluaran investasi jangka panjang, dan/atau pemberian pinjaman.
- (4) Pengeluaran pembiayaan Rumah Sakit yang dicantumkan dalam Ikhtisar RBA adalah pengeluaran pembiayaan yang didanai dari APBD tahun berjalan dan Pendapatan Rumah Sakit.
- (5) Pengeluaran pembiayaan Rumah Sakit yang didanai dari APBD tahun berjalan yang telah tercantum dalam DPA selain DPA Rumah sakit, atau APBD tahun lalu dan telah dipertanggungjawabkan dalam pertanggungjawaban APBD sebelumnya, tidak dicantumkan dalam Ikhtisar RBA.

Bagian Ketiga

Pengajuan dan Pengesahan RBA

Pasal 136

- (1) Direktur mengajukan RBA kepada Bupati melalui Dewan Pengawas.
- (2) Pengajuan RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan memenuhi syarat sebagai berikut :
 - a. RBA ditandatangani oleh Direktur dan diketahui oleh Dewan Pengawas;
 - b. RBA disertai dengan standar pelayanan minimal, tarif, dan/atau standar biaya layanan; dan
 - c. Dalam hal Rumah Sakit menyusun RBA menggunakan standar biaya berdasarkan perhitungan akuntansi biaya, RBA dilampiri dengan Surat Pernyataan

Tanggung Jawab Mutlak (SPTJM).

- (3) RBA yang telah disetujui oleh Bupati menjadi dasar penyusunan RKA Rumah Sakit.

Pasal 137

- (1) Rumah Sakit menyusun RKA berdasarkan RBA dan ikhtisar RBA.
- (2) RKA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diajukan kepada Bupati.
- (3) Dalam hal Bupati menyetujui pengajuan RKA, Bupati menyampaikan RKA dan RBA kepada BKD.
- (4) BKD atas nama Bupati melakukan telaahan terhadap RKA dan RBA yang diajukan untuk digunakan sebagai bagian dari mekanisme pengajuan dan penetapan APBD.

Pasal 138

- (1) Direktur menyusun RBA Definitif sebagai dasar melakukan kegiatan Rumah Sakit.
- (2) Penyusunan RBA Definitif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan cara sebagai berikut:
 - a. Rumah Sakit melakukan penyesuaian RKA dan RBA dengan Penetapan APBD atau Keputusan Bupati mengenai Rincian Anggaran Belanja Pemerintah Kabupaten.
 - b. RBA yang telah disesuaikan ditandatangani oleh Direktur dan diketahui oleh Dewan Pengawas.
 - c. RBA Definitif diajukan kepada Bupati.
 - d. Dalam hal Bupati menyetujui RBA Definitif, Direktur menyampaikan RKA dan RBA Definitif kepada Kepala perangkat daerah yang menyelenggarakan urusan kepegawaian.

Pasal 139

Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara penyusunan dan format rincian RBA definitif ditetapkan oleh Direktur.

BAB XVI
PENGELOLAAN SUMBER DAYA LAIN

Pasal 140

- (1) Pengelolaan sumber daya lain yang terdiri dari sarana prasarana gedung dan jalan dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Pengelolaan sumber daya lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dimanfaatkan seoptimal mungkin untuk kepentingan mutu pelayanan dan Kelancaran Pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit.

BAB XVII
PENGELOLAAN LINGKUNGAN DAN LIMBAH RUMAH SAKIT

Pasal 141

- (1) Direktur menunjuk pejabat yang mengelola lingkungan Rumah Sakit antara lain lingkungan fisik, kimia, biologi serta pembuangan limbah yang berdampak pada kesehatan lingkungan internal dan lingkungan eksternal sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Tugas pokok pengelola lingkungan dan limbah Rumah Sakit meliputi pengelolaan limbah dan sampah, pengawasan dan pengendalian serangga, sistem pengelolaan lingkungan fisik dan biologi rumah serta menyediakan fasilitas yang dibutuhkan untuk kegiatan pendidikan, pelatihan penelitian/pengembangan di bidang penyehatan lingkungan rumah sakit.
- (3) Fungsi pengelola lingkungan dan limbah Rumah Sakit, meliputi :
 - a. penyehatan makanan dan minuman;
 - b. penyehatan air bersih dan air minum;
 - c. pemantauan pengelolaan linen;
 - d. pengelolaan sampah;
 - e. pengendalian serangga dan binatang pengganggu;
 - f. desinfeksi dan sterilisasi ruang;
 - g. pengelolaan air limbah; dan

- h. upaya penyuluhan kesehatan lingkungan.
- (4) Jenis limbah yang menjadi perhatian Rumah Sakit dikelompokkan atas :
- a. limbah yang tidak membahayakan; dan
 - b. limbah bahan berbahaya dan beracun.
- (5) Limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a meliputi :
- a. limbah bukan klinik yaitu limbah yang meliputi kertas pembungkus atau kantong dan plastik yang tidak berkontak dengan cairan badan dan tidak menimbulkan resiko sakit; dan
 - b. Limbah dapur yaitu limbah yang bersumber dari sisa makanan dan air kotor.
- (6) Limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b meliputi :
- a. limbah klinik yaitu limbah dihasilkan selama pelayanan pasien secara rutin, pembedahan dan di unit resiko tinggi, seperti perban atau pembungkus yang kotor, cairan badan, anggota badan yang diamputasi, jarum, semprit bekas, kantung urin dan produk darah;
 - b. limbah biologis spesifik yaitu limbah yang disarankan supaya disterilisasi, dengan menggunakan autodave untuk volume limbah yang sedikit dan menggunakan desinfeksi untuk volume limbah yang banyak;
 - c. limbah cair yaitu limbah yang harus dicairkan dan diolah di Instalasi Pembuangan Air Limbah Rumah Sakit;
 - d. limbah patologis yaitu limbah yang berasal dari bagian tubuh manusia, agar dipendam/ditanam pada lokasi khusus atau dibakar di incenerator;
 - e. limbah yang berasal dari benda tajam yang terkontaminasi ditangani dengan menempatkannya pada wadah yang kokoh dan aman bagi petugas yang akan menanganinya; dan
 - f. limbah bangkai hewan dan bagian tubuh hewan yang terkontaminasi yang ditangani dengan membuangnya ke incenerator.

- (7) Pengelolaan limbah cair sebagaimana dimaksud pada ayat (6) huruf c, terdiri dari tahap :
 - a. Pengumpulan limbah cair; dan
 - b. Pengolahan limbah cair
- (8) Pengumpulan limbah cair bertujuan untuk mengatur air limbah dari berbagai sumber hingga terkumpul dalam suatu sistem.

BAB VIII

PRINSIP TATA KELOLA

Pasal 142

- (1) Rumah sakit beroperasi berdasarkan pola tata kelola atau peraturan internal, yang memuat antara lain :
 - a. struktur organisasi;
 - b. prosedur kerja;
 - c. pengelompokan fungsi yang logis; dan
 - d. pengelolaan sumber daya manusia.
- (2) Tata kelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memperhatikan prinsip antara lain :
 - a. transparansi;
 - b. akuntabilitas;
 - c. responsibilitas; dan
 - d. independensi.

Pasal 143

- (1) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 145 ayat (1) huruf a menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab dan wewenang dalam organisasi.
- (2) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 145 ayat (1) huruf b menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (3) Pengelompokan fungsi yang logis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 145 ayat (1) huruf c, menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektivitas

pencapaian organisasi.

- (4) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 145 ayat (1) huruf d, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif/kompeten untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif dan produktif.

Pasal 144

- (1) Transparansi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 145 ayat (2) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan.
- (2) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 145 ayat (2) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan.
- (3) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 145 ayat (2) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta terhadap perundang-undangan.
- (4) Independensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 145 ayat (2) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.
- (5) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan pertanggunggugatan dalam sistem pengelolaan keuangan hubungan kerja dalam organisasi, manajemen sumber daya manusia, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan.

BAB XIX
KELOMPOK JABATAN FUNGSIONAL

Pasal 145

- (1) Kelompok Jabatan Fungsional terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya.
- (2) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada.
- (3) Kelompok Jabatan Fungsional bertugas melakukan kegiatan berdasarkan jabatan fungsional masing-masing sesuai dengan keahlian dan kebutuhan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (5) Setiap tenaga fungsional dimaksud berada di lingkungan unit kerja Rumah Sakit sesuai kompetensinya.

BAB XX
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIK

Bagian Kesatu

Maksud Dan Tujuan

Pasal 146

Peraturan Internal Staf Medis dibuat dengan maksud untuk menciptakan kerangka kerja agar staf medis dapat melaksanakan fungsi profesionalnya dengan baik guna menjamin terlaksananya mutu layanan medis berbasis keselamatan pasien.

Pasal 147

Peraturan Internal Staf Medis mempunyai tujuan :

- a. mewujudkan layanan kesehatan yang bermutu tinggi berbasis keselamatan pasien;
- b. memungkinkan dikembangkannya berbagai peraturan bagi staf medis guna menjamin mutu profesional;
- c. menyediakan forum bagi pembahasan isu-isu menyangkut

- staf medis; dan
- d. mengontrol serta menjamin agar berbagai peraturan yang dibuat mengenai staf medis sesuai dengan kebijakan Pemerintah dan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua

Organisasi Staf Medis dan Tanggungjawab

Pasal 148

- (1) Organisasi staf medis merupakan bagian yang tidak terpisahkan dengan Rumah Sakit.
- (2) Organisasi staf medis Rumah Sakit bertanggungjawab dan berwenang menyelenggarakan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit dalam rangka membantu pencapaian tujuan pemerintah di bidang kesehatan.

Bagian Ketiga

Pengangkatan dan Pengangkatan Kembali Staf Medis

Pasal 149

- (1) Keanggotaan Staf Medis merupakan privilege yang dapat diberikan kepada dokter dan dokter gigi yang secara terus menerus mampu memenuhi kualifikasi, standar dan persyaratan yang ditentukan.
- (2) Keanggotaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan tanpa membedakan ras, agama, warna kulit, jenis kelamin, keturunan, status ekonomi dan pandangan politisnya.

Pasal 150

Untuk dapat bergabung dengan Rumah Sakit sebagai Staf Medis maka dokter atau dokter gigi harus memiliki kompetensi yang dibutuhkan, Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP), kesehatan jasmani dan rohani yang laik (fit) untuk melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya serta memiliki perilaku yang baik.

Pasal 151

Tatalaksana pengangkatan dan pengangkatan kembali Staf Medis Rumah Sakit adalah dengan mengajukan permohonan

kepada Direktur dan selanjutnya Direktur berdasarkan pertimbangan dari Komite Medik dapat mengabulkan atau menolak mengabulkan permohonan tersebut.

Pasal 152

Bagi Staf Medis yang berasal dari Aparatur Sipil Negara yang sudah pensiun dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis Kontrak, Staf Medis Mitra atau Staf Medis Relawan sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan.

Pasal 153

Lama masa kerja sebagai staf medis Rumah Sakit adalah sebagai berikut :

- a. untuk Staf Medis yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil adalah sampai yang bersangkutan memasuki masa pensiun sesuai peraturan perundang-undangan;
- b. untuk Staf Medis Organik Non PNS adalah selama 3 (tiga) bulan dan dapat diperbaharui kembali untuk beberapa kali masa kerja berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan;
- c. untuk Staf Medis Mitra adalah selama 1 (dua) tahun dan dapat diangkat kembali untuk beberapa kali masa kerja berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan; dan
- d. untuk Staf Medis Relawan adalah selama 1 (satu) tahun dan dapat diangkat kembali untuk beberapa kali masa kerja berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih menghendaki dan memenuhi semua persyaratan.

Pasal 154

Dokter Spesialis Konsultan adalah Dokter yang karena keahliannya direkrut oleh Rumah Sakit untuk memberikan konsultasi kepada Staf Medis Fungsional lain yang memerlukan dan oleh karenanya ia tidak secara langsung menangani pasien.

Pasal 155

Dokter Staf Pengajar adalah Dokter yang mempunyai status tenaga pengajar, baik dari status kepegawaian Kementerian

yang menangani kesehatan, Kementerian yang menangani pendidikan tinggi atau Kementerian lain yang dipekerjakan dan atau diperbantukan untuk menjadi pendidik dan atau pengajar bagi peserta didik di bidang kesehatan, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang- undangan.

Bagian Keempat

Kategori Staf Medis

Pasal 156

Staf Medis yang telah bergabung dengan Rumah Sakit dikelompokkan ke dalam kategori :

- a. Staf Medis Kontrak, yaitu dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai staf medis kontrak, berkedudukan sebagai subordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggungjawab kepada lembaga tersebut;
- b. Staf Medis Organik, yaitu dokter yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai pegawai tetap, berkedudukan sebagai subordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggungjawab kepada lembaga tersebut;
- c. Staf Medis Mitra, yaitu dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai mitra, berkedudukan setingkat dengan Rumah Sakit, bertanggungjawab secara mandiri serta bertanggungjawab secara proporsional sesuai ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit;
- d. Staf Medis Relawan, yaitu dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit atas dasar keinginan mengabdikan secara sukarela, bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit, dan bertanggungjawab secara mandiri serta bertanggungjawab sesuai ketentuan; dan
- e. Staf Medis Tamu, yaitu dokter yang tidak tercatat sebagai staf medis Rumah Sakit, tetapi karena reputasi dan atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri

oleh staf medis Rumah Sakit atau untuk mendemonstrasikan suatu keahlian tertentu atau teknologi baru.

Pasal 157

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan kliniknya diperluas maka Staf Medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan dan/atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak mengabulkan permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial.
- (3) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinik yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam Surat Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon.

Pasal 158

Dokter Instalasi Gawat Darurat adalah Dokter Umum dan Dokter Spesialis yang terlatih menangani kegawatdaruratan sesuai dengan penempatan dan atau tugas yang diberikan oleh Rumah Sakit, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi dan kewenangan di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 159

Peserta pendidikan dokter spesialis adalah peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis yang memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka pendidikan, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 160

Peserta Magang adalah dokter atau perawat yang mengikuti pelatihan keprofesian berbasis pada pelayanan primer guna

meningkatkan kompetensi, meningkatkan kinerja dan menerapkan standar profesi pada praktik kedokteran dan keperawatan dan melakukan kerja praktek dengan supervisi dari dokter spesialis atau perawat senior dalam jangka waktu tertentu dengan tujuan mencari pengalaman kerja.

Bagian Kelima

Kewenangan Klinik

Pasal 161

- (1) Setiap Dokter yang diterima sebagai Staf Medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinik oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik berdasarkan masukan dari Subkomite Kredensial.
- (2) Penentuan kewenangan klinik didasarkan atas jenis ijazah/sertifikat, kompetensi dan pengalaman dari staf medis yang bersangkutan dengan memperhatikan kondisi di rumah sakit.
- (3) Dalam hal ada kesulitan menentukan kewenangan klinik maka Komite Medik dapat meminta informasi dan/atau pendapat dari Kolegium terkait.

Pasal 162

Kewenangan klinik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 164 ayat (1) dievaluasi terus-menerus untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut.

Pasal 163

Kewenangan klinik sementara dapat diberikan kepada Dokter Tamu atau Dokter Pengganti dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik.

Pasal 164

Dalam keadaan emergensi atau bencana yang menimbulkan banyak korban maka semua Staf Medis Rumah Sakit diberikan

kewenangan klinik untuk melakukan tindakan penyelamatan (emergency care) di luar kewenangan klinik reguler yang dimilikinya, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

Bagian Keenam

Pembinaan

Pasal 165

Dalam hal Staf Medis dinilai kurang mampu atau melakukan tindakan klinik yang tidak sesuai dengan standar pelayanan sehingga menimbulkan kecacatan dan atau kematian maka Komite Medik dapat melakukan penelitian.

Pasal 166

- (1) Bila hasil penelitian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 165 membuktikan kebenaran maka Komite Medik dapat mengusulkan kepada Direktur untuk dikenai sanksi berupa sanksi administratif.
- (2) Pemberlakuan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dituangkan dalam bentuk Keputusan Direktur dan disampaikan kepada Staf Medis yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medik.
- (3) Dalam hal Staf Medis tidak dapat menerima sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis dalam waktu 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Keputusan, untuk selanjutnya Direktur memiliki waktu 15 (lima belas) hari untuk menyelesaikan dengan cara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait.
- (4) Penyelesaian sebagaimana dimaksud pada ayat (3) bersifat final.

Bagian Ketujuh

Pengorganisasian Staf Medis Fungsional

Pasal 167

Semua Dokter yang melaksanakan praktik kedokteran di unit-unit pelayanan Rumah Sakit, termasuk unit-unit pelayanan yang melakukan kerjasama operasional dengan Rumah Sakit,

wajib menjadi anggota staf medis.

Pasal 168

- (1) Dalam melaksanakan tugas maka Staf Medis dikelompokkan sesuai bidang spesialisasi/keahliannya atau menurut cara lain berdasarkan pertimbangan khusus.
- (2) Setiap kelompok Staf Medis minimal terdiri dari 2 (dua) orang dokter dengan bidang keahlian yang sama.
- (3) Dalam hal persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak dapat dipenuhi maka dapat dibentuk kelompok Staf Medis yang terdiri atas dokter dengan keahlian berbeda dengan memperhatikan kemiripan disiplin ilmu atau tugas dan kewenangannya.

Pasal 169

Fungsi Staf Medis Rumah Sakit adalah sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang pelayanan medis.

Pasal 170

Tugas Staf Medis Rumah Sakit :

- a. melaksanakan kegiatan profesi yang komprehensif meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif;
- b. membuat rekam medis secara faktual, tepat waktu, aktual dan akurat;
- c. meningkatkan kemampuan profesi melalui program pendidikan dan/ atau pelatihan berkelanjutan;
- d. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medis, dan etika kedokteran; dan
- e. menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

Pasal 171

Tanggungjawab Kelompok Staf Medis Rumah Sakit :

- a. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medis

- kepada Direktur terhadap permohonan penempatan Dokter baru di Rumah Sakit untuk mendapatkan Keputusan;
- b. melakukan evaluasi atas kinerja praktik Dokter berdasarkan data yang komprehensif;
 - c. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur terhadap permohonan penempatan ulang Dokter di Rumah Sakit untuk mendapatkan Keputusan Direktur;
 - d. memberikan kesempatan kepada para Dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
 - e. memberikan masukan melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur mengenai hal-hal yang berkaitan dengan praktik kedokteran;
 - f. memberikan laporan secara teratur minimal sekali setiap tahun melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur dan/atau Bidang Pelayanan Medik tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf, dan lain-lain yang dianggap perlu;
 - g. melakukan perbaikan standar prosedur operasional serta dokumen terkait.

Pasal 172

Kewajiban Kelompok Staf Medis Rumah Sakit :

- a. menyusun standar prosedur operasional pelayanan medis, meliputi bidang administrasi, manajerial dan bidang pelayanan medis;
- b. menyusun indikator mutu klinis; dan
- c. menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggota.

Pasal 173

Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis :

- a. kelompok Staf Medis dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggota.
- b. Ketua Kelompok Staf Medis dapat dijabat oleh Dokter

Organik.

- c. Ketua Kelompok Staf Medis ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- d. Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis diatur dengan mekanisme yang disusun oleh Komite Medik dengan persetujuan Direktur.
- e. Masa bakti Ketua Kelompok Staf Medis adalah minimal 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya.

Bagian Kedelapan

Penilaian

Pasal 174

- (1) Penilaian kinerja yang bersifat administratif dilakukan oleh Direktur sesuai ketentuan perundang-undangan.
- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian dilakukan oleh Komite Medik sesuai ketentuan perundang-undangan.
- (3) Staf medis yang memberikan pelayanan medis dan menetap di rumah sakit secara fungsional menjadi tanggung jawab Komite Medik, khususnya dalam pembinaan masalah keprofesian.

Bagian Kesembilan

Komite Medik

Paragraf Kesatu

Pembentukan

Pasal 175

- (1) Komite Medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit oleh Direktur.
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan staf medis.
- (3) Susunan organisasi Komite Medik sekurang-kurangnya terdiri dari Ketua, Sekretaris, dan Subkomite.
- (4) Ketua, Sekretaris dan Ketua Subkomite ditetapkan oleh

Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun, dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku serta masukan dari staf medis Rumah Sakit;

- (5) Anggota Komite Medik terbagi ke dalam Subkomite, yang terdiri dari :
- a. Subkomite Kredensial; yang bertugas menapis profesionalisme staf medis;
 - b. Subkomite Mutu Profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis; dan
 - c. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.

Pasal 176

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis Rumah Sakit dengan cara :
- a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial Komite Medik memiliki fungsi untuk melaksanakan hal berikut :
- a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. penyelenggaraan pengawasan dan pengkajian :
 1. kompetensi;
 2. kesehatan fisik dan mental;
 3. perilaku; dan
 4. etika profesi.
 - c. Evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat;
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya

- permintaan dari Komite Medik; dan
- h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis Komite Medik memiliki fungsi untuk melaksanakan hal berikut :
- a. pelaksanaan audit medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis Rumah Sakit; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan (proctoring) bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis Komite Medik memiliki fungsi untuk melaksanakan hal berikut :
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. Pengawasan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di Rumah Sakit; dan
 - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.
- (5) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, Komite Medik senantiasa melibatkan mitra bestari untuk mengambil keputusan professional.

Pasal 177

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik berwenang :

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis;
- b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis;
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis tertentu;
- d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis;
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;

- f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- g. memberikan rekomendasi pendampingan; dan
- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Pasal 178

- (1) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi komite medik.
- (2) Ketua Komite Medik bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Komite Medik wajib memberikan laporan tahunan dan laporan berkala tentang kegiatan keprofesian yang dilakukan kepada Direktur.
- (4) Direktur bersama Komite Medik untuk menyusun pengaturan layanan medis (medical staff rules and regulations) agar pelayanan yang profesional terjamin mulai saat pasien masuk Rumah Sakit hingga keluar dari Rumah Sakit.

Pasal 179

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh Panitia Ad hoc.
- (2) Panitia Ad hoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Medik.
- (3) Panitia Ad hoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.
- (4) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari Rumah Sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi, kolegium dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/atau institusi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

Pasal 180

- (1) Rapat Komite Medik terdiri atas rapat rutin, rapat khusus, dan rapat pleno.

- (2) Setiap rapat komite medik dinyatakan sah hanya bila undangan telah disampaikan secara pantas kecuali seluruh anggota Komite Medik yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

Pasal 181

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Medik diatur dalam Peraturan Internal Staf Medis yang ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 182

Komite Medik pembentukannya ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun, berkedudukan di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.

Paragraf Kedua

Susunan, Tugas, Fungsi, dan Kewenangan

Pasal 183

Susunan organisasi komite medik terdiri dari :

- a. Ketua;
- b. Sekretaris, dan
- c. Subkomite.

Pasal 184

- (1) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis.
- (2) Sekretaris Komite Medik dan Ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis.

Pasal 185

- (1) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesionalisme, reputasi, dan perilaku.
- (2) Jumlah keanggotaan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jumlah staf medis di rumah sakit.

Pasal 186

- (1) Anggota Komite Medik terbagi ke dalam Subkomite.
- (2) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari :
 - a. Subkomite Kredensial yang bertugas menapis profesionalisme staf medis;
 - b. Subkomite Mutu Profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis; dan
 - c. Subkomite Etika Dan Disiplin Profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.

Pasal 187

Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara :

- a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit;
- b. Memelihara mutu profesi staf medis; dan
- c. Menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi medis.

Pasal 188

Dalam melaksanakan tugas kredensial Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut :

- a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian;
- b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian terhadap :
 1. kompetensi;
 2. kesehatan fisik dan mental;
 3. perilaku; dan
 4. etika profesi.
- c. Evaluasi data pendidikan professional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
- d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
- e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis;
- f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik;
- g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya

permintaan dari Komite Medik; dan
h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat klinis.

Pasal 189

Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut :

- a. pelaksanaan audit medis;
- b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
- c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis; dan
- d. rekomendasi pendampingan (proctoring) bagi staf medis yang membutuhkan.

Pasal 190

Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi, Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut :

- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
- b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
- c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
- d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Pasal 191

Komite Medik bertanggung jawab kepada Direktur meliputi :

- a. mutu pelayanan medis;
- b. pembinaan etik kedokteran; dan
- c. pengembangan profesi medis.

Pasal 192

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik berwenang :

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis;
- b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis;
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis

- tertentu;
- d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis;
 - e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;
 - f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
 - g. memberikan rekomendasi pendampingan; dan
 - h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Pasal 193

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh Panitia Ad hoc.
- (2) Panitia Ad hoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Medik.
- (3) Panitia Ad hoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.
- (4) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari Rumah Sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/atau instansi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

Paragraf Ketiga

Hubungan Komite Medik dengan Direktur

Pasal 194

Hubungan Komite Medik dengan Direktur adalah sebagai berikut :

- a. Direktur menetapkan kebijakan, prosedur, dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi Komite Medik.
- b. Komite medik bertanggungjawab kepada Direktur.

Paragraf Keempat

Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 195

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite

Medik dilakukan oleh Direktur sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Medik dalam rangka menjamin mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di Rumah Sakit.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui :
 - a. advokasi, sosialisasi dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.
- (4) Dalam rangka pembinaan maka pihak-pihak yang bertanggungjawab dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan atau tertulis.

Pasal 196

- (1) Persyaratan untuk menjadi Ketua Komite Medis adalah :
 - a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
 - b. menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
 - c. peka terhadap perkembangan kerumah-sakitan;
 - d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
 - e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya; dan
 - f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi.
- (2) Ketua Komite Medis ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 197

- (1) Sekretaris Komite Medis dipilih oleh Ketua Komite Medis.
- (2) Sekretaris Komite Medis dijabat oleh seorang Dokter yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil.
- (3) Sekretaris Komite Medis dapat menjadi Ketua dari salah satu Sub Komite.
- (4) Dalam menjalankan tugasnya, Sekretaris Komite Medis dibantu oleh tenaga administrasi/staf sekretariat purna waktu.

Pasal 198

Untuk melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya Komite Medis diberikan kewenangan :

- a. memberikan usulan rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga medis;
- b. memberikan pertimbangan rencana pengadaan, penggunaan dan pemeliharaan alat medis dan penunjang medis serta pengembangan pelayanan;
- c. monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis;
- d. monitoring dan evaluasi efisiensi dan efektifitas penggunaan alat kedokteran;
- e. membina etika dan membantu mengatur kewenangan klinis;
- f. membentuk Tim Klinis lintas profesi; dan
- g. memberikan rekomendasi kerjasama antar institusi.

Pasal 199

Susunan organisasi Subkomite terdiri dari :

- a. Ketua;
- b. Sekretaris; dan
- c. Anggota.

Pasal 200

Subkomite mempunyai kegiatan sebagai berikut :

- a. menyusun kebijakan dan prosedur kerja;
- b. membuat laporan berkala dan laporan tahunan yang berisi evaluasi kerja selama setahun yang baru saja dilalui disertai rekomendasi untuk tahun anggaran berikutnya.

Pasal 201

Tugas dan tanggung jawab Subkomite Peningkatan Mutu Profesi Medis adalah :

- a. membuat rencana atau program kerja;
- b. melaksanakan rencana atau jadwal kegiatan;
- c. membuat panduan mutu pelayanan medis;
- d. melakukan pantauan dan pengawasan mutu pelayanan medis;

- e. menyusun indikator mutu klinik, meliputi indikator input, output proses, dan outcome;
- f. melakukan koordinasi dengan Sub Komite Peningkatan Mutu Rumah Sakit; dan
- g. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.

Pasal 202

Tugas dan tanggungjawab Subkomite Kredensial adalah :

- a. melakukan review permohonan untuk menjadi anggota staf medis;
- b. membuat rekomendasi hasil review;
- c. membuat laporan kepada Komite Medis;
- d. melakukan review kompetensi staf medis dan memberikan laporan dan rekomendasi kepada Komite Medis dalam rangka pemberian clinical privileges, reappointments dan penugasan staf medis pada unit kerja;
- e. membuat rencana kerja;
- f. melaksanakan rencana kerja;
- g. menyusun tatalaksana dari instrumen kredensial;
- h. melaksanakan kredensial dengan melibatkan lintas fungsi sesuai kebutuhan; dan
- i. membuat laporan berkala kepada Komite Medis.

Pasal 203

Tugas dan tanggungjawab Subkomite Etika dan Disiplin Profesi adalah :

- a. membuat rencana kerja;
- b. melaksanakan rencana kerja;
- c. menyusun tatalaksana pemantauan dan penanganan masalah etika dan disiplin profesi;
- d. melakukan sosialisasi yang terkait dengan etika profesi dan disiplin profesi;
- e. mengusulkan kebijakan yang terkait dengan bioetika;
- f. melakukan koordinasi dengan Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit; dan
- g. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.

Pasal 204

Kewenangan Subkomite adalah sebagai berikut :

- a. Subkomite Peningkatan Mutu Profesi Medis melaksanakan kegiatan upaya peningkatan mutu pelayanan medis secara lintas sektoral dan lintas fungsi;
- b. Subkomite Kredensial melaksanakan kegiatan kredensial secara adil, jujur dan terbuka secara lintas sektoral dan lintas fungsi; dan
- c. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi melakukan pemantauan dan penanganan masalah etika profesi kedokteran dan disiplin profesi dengan melibatkan lintas sektoral dan lintas fungsi.

Pasal 205

Tiap-tiap Subkomite bertanggungjawab kepada Komite Medik mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban yang dibebankan.

Paragraf Tiga

Rapat-Rapat

Pasal 206

- (1) Rapat Komite Medik terdiri dari :
 - a. rapat rutin bulanan, dilakukan minimal sekali setiap bulan;
 - b. rapat rutin bersama semua Kelompok Staf Medis dan atau dengan semua staf medis dilakukan minimal sekali setiap bulan;
 - c. rapat bersama Direktur dan Bidang Pelayanan dilakukan minimal sekali setiap bulan;
 - d. rapat khusus, dilakukan sewaktu-waktu guna membahas masalah yang sifatnya sangat urgent; dan
 - e. rapat tahunan, diselenggarakan sekali setiap tahun.
- (2) Rapat dipimpin oleh Ketua Komite Medik atau Wakil Ketua dalam hal Ketua tidak hadir atau oleh salah satu dari anggota yang hadir dalam hal Ketua dan Wakil Ketua Komite Medik tidak hadir.
- (3) Rapat dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit $\frac{2}{3}$ (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat dinyatakan sah

setelah ditunda untuk 1 (satu) kali penundaan pada hari, jam dan tempat yang sama minggu berikutnya.

- (4) Setiap undangan rapat rutin yang disampaikan kepada setiap anggota harus dilampiri salinan hasil rapat rutin sebelumnya.

Pasal 207

- (1) Rapat khusus diadakan apabila :
 - a. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) anggota staf medis;
 - b. ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya medesak untuk segera ditangani dalam rapat Komite Medis;
 - c. rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit $\frac{2}{3}$ (dua per tiga) anggota Komite Medis atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah ditunda pada hari berikutnya.
- (2) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua Komite Medis kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum dilaksanakan.
- (3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut.
- (4) Rapat khusus yang diminta oleh anggota staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a harus dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

Pasal 208

- (1) Rapat tahunan Komite Medis diselenggarakan sekali dalam setahun.
- (2) Ketua Komite Medis wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 14 (empat belas hari) sebelum rapat diselenggarakan.

Pasal 209

Setiap rapat khusus dan rapat tahunan wajib dihadiri oleh Direktur, Bidang Pelayanan dan pihak-pihak lain yang

ditentukan oleh Ketua Komite Medis.

Pasal 210

- (1) Keputusan rapat Kelompok Staf Medis dan atau Komite Medis didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.
- (2) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka Ketua atau Wakil Ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
- (3) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota Komite Medis yang hadir.

Pasal 211

- (1) Direktur dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
- (2) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu tiga bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Bagian Kesepuluh

Tindakan Korektif

Pasal 212

Dalam hal Staf Medis diduga melakukan layanan klinik di bawah standar maka terhadap yang bersangkutan dapat diusulkan oleh Komite Medik untuk dilakukan penelitian.

Pasal 213

Dalam hal hasil penelitian menunjukkan kebenaran adanya layanan klinik di bawah standar, maka yang bersangkutan dapat diusulkan kepada Direktur untuk diberikan sanksi dan pembinaan sesuai ketentuan.

Bagian Kesebelas
Pemberhentian Staf Medis

Pasal 214

Staf Medis yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil diberhentikan dengan hormat karena :

- a. telah memasuki masa pensiun;
- b. permintaan sendiri;
- c. tidak lagi memenuhi kualifikasi sebagai Staf Medis; dan
- d. berhalangan tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut.

Pasal 215

Staf Medis Mitra berhenti secara otomatis sebagai Staf Medis apabila telah menyelesaikan masa kontraknya atau berhenti atas persetujuan bersama.

Pasal 216

Staf Medis Mitra yang telah menyelesaikan masa kontraknya dapat bekerja kembali untuk masa kontrak berikutnya setelah menandatangani kesepakatan baru dengan pihak Rumah Sakit.

Pasal 217

Staf Medis Rumah Sakit, baik yang berstatus organik, mitra, maupun voluntir yang melakukan pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan, peraturan rumah sakit, klausula-klausula dalam perjanjian kerja atau etika dapat diberikan sanksi yang beratnya tergantung dari jenis dan berat ringannya pelanggaran.

Pasal 218

Pemberian sanksi dilakukan oleh Direktur setelah mendengar pendapat dari Komite Medik dengan mempertimbangkan kadar kesalahannya, yang bentuknya dapat berupa :

- a. teguran lisan atau tertulis;
- b. penghentian praktik untuk sementara waktu;
- c. pemberhentian dengan tidak hormat bagi Staf Medis Organik; atau
- d. pemutusan perjanjian kerja bagi Staf Medis Mitra yang

masih berada dalam masa kontrak.

Bagian Keduabelas
Kerahasiaan dan Informasi Medis
Pasal 219

(1) Rumah Sakit :

- a. berhak membuat peraturan tentang kerahasiaan dan informasi medis yang berlaku di rumah sakit;
- b. wajib menyimpan rekam medik sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- c. dapat memberikan isi rekam medik kepada pasien ataupun pihak lain atas ijin pasien secara tertulis; dan
- d. dapat memberikan isi dokumen rekam medik untuk kepentingan peradilan dan asuransi sesuai dengan peraturan perundangundangan.

(2) Dokter rumah sakit :

- a. berhak mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya;
- b. wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia; dan
- c. wajib menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, profesi dan etika hukum dan kedokteran.

(3) Pasien rumah sakit :

- a. berhak mengetahui peraturan dan ketentuan rumah sakit yang mengatur hak, kewajiban, tata-tertib dan lain-lain hal yang berkaitan dengan pasien;
- b. wajib memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang hal-hal yang berkaitan dengan masalah kesehatannya;
- c. berhak mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis yang akan atau sudah dilakukan dokter, yaitu :
 1. diagnosis atau alasan yang mendasari dilakukannya tindakan medis;
 2. tujuan tindakan medis;
 3. tata-laksana tindakan medis;

4. alternatif tindakan lain jika ada;
5. risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi;
6. akibat ikutan yang pasti terjadi jika tindakan medis dilakukan;
7. prognosis terhadap tindakan yang dilakukan; dan
8. risiko yang akan ditanggung jika pasien menolak tindakan medis.

BAB XXI

MONITORING DAN EVALUASI

Pasal 220

- (1) Peraturan Internal Rumah Sakit dilakukan monitoring dan evaluasi setiap 2 (dua) tahun sesuai perkembangan Rumah Sakit.
- (2) Monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh Rumah Sakit.

BAB XXII
KETENTUAN PENUTUP
Pasal 221

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.
Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan Penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Donggala.

Ditetapkan di Donggala
pada tanggal 18 Desember 2023
BUPATI DONGGALA,

ttd

KASMAN LASSA

Diundangkan di Donggala
pada tanggal 18 Desember 2023
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN DONGGALA,

ttd

RUSTAM EFENDI
BERITA DAERAH KABUPATEN DONGGALA TAHUN 2023 NOMOR 818

Salinan sesuai dengan aslinya:

KEPALA BAGIAN HUKUM
SEKRETARIAT DAERAH KABUPATEN DONGGALA,


ADHI, SH., MH

NIP. 19771122 201001 1 003

LAMPIRAN
PERATURAN BUPATI DONGGALA
NOMOR...TAHUN...
TENTANG
PERATURAN INTERNAL RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH KABELOTA

LOGO RUMAH SAKIT DAN PENJELASANNYA

Logo Rumah Sakit :



Penjelasan logo sebagai berikut :

- a. Payung bermakna untuk menaungi dan melindungi baik pasien maupun karyawan/i di rumah sakit.
- b. Delapan Sisi Payung melambangkan nilai-nilai rumah sakit.
- c. Warna Merah dan Putih pada payung bermakna Negara Kesatuan Republik Indonesia.
- d. Warna Putih pada Latar belakang logo bermakna suci dan bersih.
- e. Lingkaran bagian luar dengan warna latar hijau bermakna kesehatan.

BUPATI DONGGALA,

KASMAN LASSA